

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00440 vom 28. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00440

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00440 du 28 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00440 del 28 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Y. ____, geboren 1946, war ab Mitte Juni 1994 bei der Z. ____, AG, '____', angestellt und in seiner Eigenschaft als Arbeitnehmer bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 20. September 2008 beging der unter psychischen Problemen leidende Versicherte Suizid durch Erschiessen. Dies, nachdem er sich zuvor in zeitweilig stationärer ärztlicher Behandlung befunden hatte (vgl. Urk. 3/2 = 9/22, 9/1-2, 9/12, 9/26, 9/29 und 9/32).

1.2. Im Zuge der Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber der hinterbliebenen Witwe X. ____ (geb. 1953; vgl. Urk. 9/3, 9/5-6, 9/13 und 9/31) nahm die SUVA den Einweisungsentscheid betreffend Freiheitsentziehung (FFE) der Organisation A. ____, '____', vom 11. August 2008 (Urk. 9/12) zu den Akten. Sodann zog sie den Austrittsbericht der B. ____, AG, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, '____' (nachfolgend: Klinik B. ____), vom 18. September 2008 (Urk. 9/26), den Rapport der Kantonspolizei '____' vom 9. Oktober 2008 (Urk. 3/2 = 9/22 Beilage), die Berichte der Klinik B. ____ vom 1. Februar 2009 (Urk. 9/29) und des Zentrums C. ____ (Ambulatorium) der Klinik B. ____ vom 4. Februar 2009 (Urk. 9/33) sowie den Behandlungsbericht von Dr. phil. D. ____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, '____', vom 9. Februar 2009 (Urk. 9/32) bei. Ausserdem nahm sie Rücksprache mit der Witwe und der Mutter M. Y. ____'s sowie einer Nachbarin (Telefonnotizen von Sachbearbeiterin E. ____ vom 13. und 20. März 2009 [Urk. 9/35-37]) und veranlasste eine anstaltsinterne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung (Bericht von Dr. med. H. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. März 2009 [Urk. 9/39]). Auf dieser Grundlage beschied die SUVA X. ____ mit Verfügung vom 2. April 2009 (Urk. 9/40), es würden zufolge absichtlicher Herbeiführung des Todes in Anwendung von Art. 37 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) in Verbindung mit Art. 14 UVG lediglich die Bestattungskosten im Umfang des 7-Fachen des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes übernommen (d.h. Fr. 2'422.-- = 7 x Fr. 346.--), welcher Betrag bereits vergütet worden sei. Dagegen liess X. ____, vertreten durch Rechtsanwalt Markus Schmid, Zürich, mit Eingabe vom 22. April 2009 (Urk. 9/48) provisorisch Einsprache erheben und diese mit Eingabe vom 29. Mai 2009 (Urk. 9/50; samt Beilagen: Rechnung der F. ____, AG, '____', vom 5. Mai 2009 [Urk. 9/50/1] und Stellungnahme von Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, '____', vom 19. Mai 2009 [Urk. 9/50/2]) bekräftigen und begründen. Nach Einholung einer ergänzenden versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung (Bericht von Dr. H. ____ vom 16. Juli 2009 [Urk. 9/52]) wurde die Einsprache von der SUVA mit Entscheid vom 16. November 2009 (Urk. 2 = 3/1 = 9/54)

abgewiesen.

E. 2

2.1. Hiergegen liess die weiterhin durch Rechtsanwalt Schmid vertretene Witwe von A.Y. beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Eingabe vom 16. Dezember 2009 (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 3/1-3], worunter: [Privat-]Gutachten von Dr. med. I., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Institut J., ' ', vom 14. Dezember 2009 [Urk. 3/3]) Beschwerde erheben; dies mit dem Rechtsbegehren um entschädigungspflichtige Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Zusprechung einer gerichtlich zu quantifizierenden Witwenrente, eventuell grundsätzliche Feststellung der Leistungspflicht und Rückweisung an die Verwaltung zur Leistungsberechnung (S. 2).

2.2. Die durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, Sursee, vertretene SUVA liess mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2010 (Urk. 8; samt Aktenbeilage [Urk. 9/1-54]) die Beschwerdeabweisung beantragen (S. 2). Mit Replik vom 6. April 2010 (Urk. 15; samt Beilage [Urk. 16/1]) und Duplik vom 10. Mai 2010 (Urk. 19) liessen die Parteien ihre eingangs gestellten Begehren und Anträge bekräftigen (je S. 2).

E. 3

3.1. Erstelltermassen ist A.Y. infolge Suizid (durch Erschiessen) aus dem Leben geschieden, wobei ein Verschulden oder Mitwirken von Drittpersonen am "Aussergewöhnlichen Todesfall" vom 20. September 2008 laut polizeilichem Ermittlungsergebnis auszuschliessen ist (Urk. 3/2 = 9/22 Beilage). Da die Selbsttötung unbestrittenermassen nicht Folge eines versicherten Unfalls war, bleibt die Urteils(un)fähigkeit A.Y.'s in bezug auf die in Frage stehende Selbsttötung zu präzisieren.

3.2. Die Beschwerdegegnerin stützt sich zur Hauptsache auf die verwaltungsintern eingeholten versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen von Dr. H. vom 26. März 2009 (Urk. 9/39) und 16. Juli 2009 (Urk. 9/52).

In seinem ersten Bericht kam Dr. H. zum Schluss, A.Y. habe seit zirka 2005 an einer psychischen Erkrankung gelitten, die mit vorwiegenden Angstsymptomen begonnen und sich zu einer schweren rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.30) entwickelt habe; dies vor dem Hintergrund einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) sowie einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Die depressive Erkrankung habe einer Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes entsprochen, wogegen für eine Geistesschwäche keine Befunde vorliegen würden. Den Suizid habe A.Y. zwar unter dem Einfluss seiner depressiven Erkrankung, aber auch im Zusammenhang mit der Abwägung der realen äusseren Situation begangen. Auch die wahrscheinliche Dranghaftigkeit seines Zustandes zum Zeitpunkt der Tat schliesse Urteilsfähigkeit nicht aus, wenngleich sie deren Durchführung erleichtert haben möge. Es gebe keine Hinweise für Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörung. Die Urteilsfähigkeit A.Y.'s zum Zeitpunkt des Suizides sei somit aus Gründen seiner psychischen Erkrankung zwar deutlich eingeschränkt, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vollständig aufgehoben gewesen. Bei dieser Einschätzung stellte Dr. H. einerseits auf das FFE-Einweisungsformular der Organisation A. vom 11. August 2008 (Urk. 9/12), den Austrittsbericht der Klinik B. vom 18. September 2008 (Urk. 9/26), den Polizeirapport vom 9. Oktober 2008 (Urk. 3/2 = 9/22 Beilage), den Bericht der Klinik B. 1. Februar 2009 (Urk. 9/29), den Bericht

des Ambulatoriums C.____ vom 4. Februar 2009 (Urk. 9/33), den Behandlungsbericht von Dr. D.____ vom 9. Februar 2009 (Urk. 9/32) sowie die Telefonnotizen vom 13. und 20. März 2009 (Urk. 9/35-37) ab und zog andererseits verwaltungsintern am 20. März 2009 eingeholte Zusatzauskünfte (von SUVA-Sachbearbeiterin E.____) in Betracht, wonach A.Y.____ zufolge Arbeitsplatzverlustes Geldprobleme gehabt habe (es sei ihm aus Krankheitsgründen gekündigt worden, so dass er nicht mehr an seinen Arbeitsplatz hätte zurückkehren können) und A.Y.____'s Mutter zum Zeitpunkt des Suizides bereits in einem in der Nähe befindlichen Altersheim gelebt habe (sie sei zwischen ihrem neuen Wohnsitz und dem Haus hin zu her gependelt, um ihren Sohn zu versorgen). Alsdann wurde von Dr. H.____ unterstellt, dass A.Y.____ von der Beschwerdeführerin auf seinen eigenen Wunsch hin aus der Klinik B.____ nach Hause geholt und zu seiner Mutter (ins Elternhaus) gebracht worden sei. Zur Begründung seiner Einschätzung führte Dr. H.____ aus, in den medizinischen Akten werde für die Monate vor dem am 20. September 2008 verübten Suizid (durch einen Schuss in den Kopf) übereinstimmend eine rezidivierende depressive Störung (schwere Episode mit psychotischen Symptomen [ICD-10 F33.30]) angenommen. In den Jahren zuvor habe nach Angabe des behandelnden Psychologen Dr. D.____ eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) mit begleitender Dysthymie (ICD-10 F34.1) und abhängiger Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) bestanden. Eine rezidivierende depressive Störung, insbesondere in der hier vorliegenden schweren Form, habe laut ICD-10 Gemeinsamkeiten mit dem früheren Konzept der endogenen Depression. Bei A.Y.____ hätten sich dafür typische Symptome wie Stimmungstief, Antriebsstörung, Schuldgefühle, Störung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls mit dazugehörigen Versagensängsten und Gedanken an Suizid gefunden. Offenbar hätten seine Verarmungsideen und die Beschwörung seines angeblichen umfassenden Versagens für den Untersucher (sprich: Dr. D.____) ein psychotisches Ausmass erreicht, wobei diese psychotischen Symptome allerdings nicht im Einzelnen beschrieben worden seien. Anknüpfend hätten bei A.Y.____ um den möglichen bevorstehenden Tod seiner Eltern kreisende Ängste im Vordergrund gestanden, insbesondere die Angst, das (Eltern-)Haus dann ganz alleine versorgen zu müssen. Dies habe den behandelnden Psychologen Dr. D.____ zur Annahme einer generalisierten Angststörung mit begleitender Dysthymie veranlasst. Für die angegebene abhängige Persönlichkeitsstörung biete A.Y.____ mit seinen überwältigenden Trennungsängsten, seinen Gefühlen von Hilflosigkeit und Inkompetenz (angesichts der Anforderungen des täglichen Lebens) ein eindrückliches Beispiel. A.Y.____ (der als Älterer von zwei Söhnen die Sekundarschule besucht sowie eine Mechanikerausbildung absolviert und die letzten 15 Jahre seines Lebens beim gleichen Arbeitgeber gearbeitet habe, von dem er sich "getragen" gefühlt habe) habe Zeit seines Lebens im Elternhaus gewohnt und diesen Wohnsitz auch nach der im Jahr 2001 erfolgten Eheschliessung mit der sieben Jahre jüngeren Beschwerdeführerin (einer türkischen Staatsangehörigen, welche drei Kinder mit in die Ehe gebracht habe) beibehalten (die Beschwerdeführerin habe mit ihren drei Kindern in '____' gelebt), wobei die Ehe aber anscheinend trotzdem "glücklich" gewesen sei (ähnlich wie von seinen Eltern habe sich A.Y.____ früher offenbar auch von der Beschwerdeführerin und von seinem Arbeitgeber ausreichend beschützt und versorgt gefühlt). Die erste manifeste Erkrankung im Jahr 2005 habe mittels einer vorwiegend stützenden psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung binnen eines Jahres überwunden werden können. Die zum Suizid führende depressive Erkrankung sei

durch den Tod des Vaters im März 2008 ausgelöst worden, nach dem A.Y. ___ nun alleine mit seiner 84-jährigen Mutter zusammengelebt habe, welche allerdings bald dem Wunsch geäussert habe, in ein Alterswohnheim zu ziehen (da sie endlich einmal "ihre Ruhe" haben wollen). Von da an sei A.Y. ___ offenbar in einen schwer depressiven Zustand "mit Angst, Schuld- und Insuffizienzgefühlen, Beeinträchtigungs- und Verarmungsideen" (so die Verantwortlichen des Ambulatoriums C. ___) geraten und habe zweimal wegen seiner Suizidalität per FFE in der Klinik B. ___ hospitalisiert werden müssen, wobei er jeweils seine Suizidgedanken bagatellisiert und sich von seinen Suizidideen im Behandlungsverlauf "glaubhaft" distanziert habe und entgegen dem ärztlichen Ratschlag entlassen worden sei. Nach Auskunft seiner Mutter sei A.Y. ___'s Zustand "allgemein schlecht" gewesen; nach dem krankheitsbedingten Verlust seiner Arbeitsstelle sei er verzweifelt gewesen, habe sich wertlos und unkonzentriert gefühlt, "im Kopf" nichts mehr gewusst und "Geldprobleme" gehabt, wobei seine Stimmung oft und rasch gewechselt habe. Laut Angabe der Beschwerdeführerin sei A.Y. ___ von ihr nach dem letzten Klinikaufenthalt auf eigenen Wunsch hin nach Hause geholt worden, da er mit ihr zusammen habe in die Ferien fahren wollen, doch habe sie ihn stattdessen zu seiner Mutter gebracht; während ihrer Ferien habe die Beschwerdeführerin einmal mit A.Y. ___ telefoniert, welcher aber "nur kurze Aussagen" gemacht habe ("Ja" und "Nein"). Wie von der Beschwerdeführerin weiter angegeben, habe die A.Y. ___'s Mutter schon zum Zeitpunkt des letzten Klinikaufenthalts (d.h. seit August 2008) in einem in der Nähe des Wohnhauses gelegenen Altersheim gelebt und sei hin und her "gependelt", um den Sohn weiter zu betreuen. Die Mutter habe A.Y. ___'s Suizidgedanken nicht ernst genommen und sei sogar optimistisch gewesen, dass dieser seine Waffensammlung verkaufen würde, zumal eine Woche vor der Tat noch alles in Ordnung gewesen sei; am Morgen des Suizides habe die Mutter A.Y. ___ in einem unauffälligen Zustand angetroffen, mit ihm gemeinsam gefürhstet und ihn ohne Verdacht allein zu Hause zurückgelassen, um für zirka 2 1 / 2 Stunden einkaufen zu gehen. Dass A.Y. ___ seinen häufig geäusserten Plan, sich zu suizidieren schliesslich in die Tat umgesetzt habe, habe die Mutter sehr überrascht ("Ich hätte nie gedacht, dass er dies auch tun würde"); seine Stimmung müsse sich rasch geändert haben. Mithin gebe es Hinweise dafür, dass der Klinikaustritt in einem Zustand fortbestehender schwerer psychischer Erkrankung erfolgt sei, wobei A.Y. ___ wegen seiner beruflichen und finanziellen Lage zusätzlich verzweifelt gewesen sei, seine Ehefrau ohne ihn in die Ferien gegangen sei und seine Mutter einen Platz in einem Altersheim gehabt habe und nur noch ins Elternhaus gekommen sei, um ihn zu betreuen. A.Y. ___'s Suizidalität habe demnach nicht nur auf seiner schweren depressiven Erkrankung beruht (auch wenn diese im Ausmass einer Geisteskrankheit gleichgekommen sei), sondern auch auf seiner einfühlbaren Verzweiflung, im Leben gescheitert und alleine zu sein, welcher Aspekt diagnostisch als Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) einzuordnen sei. Die Tat selbst schein dann aus einem plötzlichen Impuls heraus erfolgt zu sein, nachdem die Mutter noch mit ihm gefürhstet habe und in der Überzeugung zum Einkaufen gegangen sei, es sei mit ihm alles in Ordnung. Wegen der vielen unverschlossen im Haus aufbewahrten Waffen habe A.Y. ___ leicht an die Tatwaffe gelangen können, und es könnte ihm die Gelegenheit günstig erschienen sein, sein Vorhaben in die Tat umzusetzen, wobei es aber keine Hinweise für einen dissoziativen Zustand mit Verwirrtheit oder Bewusstseinsstörung gebe. Es lasse sich also nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sagen, A.Y. ___ habe die Tat in einem Zustand aufgehobener

Urteilsfähigkeit begangen; zwar habe er wahrscheinlich einer momentanen Stimmung nachgegeben, doch habe der aktuelle Anlass zu seinen längerfristigen und grundsätzlichen Überlegungen nicht im Widerspruch gestanden, sondern ihm nur die Durchführung der Tat erleichtert.

In seinem zweiten Bericht korrigierte Dr. H. ___ eingangs seine Annahmen dahingehend, dass A.Y. ___ weder von der Beschwerdeführerin aus der Klinik B. ___ nach Hause geholt und zu seiner Mutter gebracht worden noch dessen Arbeitsverhältnis gekündigt gewesen sei (vgl. dazu: Telefonnotizen vom 15. April 2009 [Urk. 9/45] und 22. April 2009 [Urk. 9/47] sowie Schreiben der Z. ___ AG vom 21. April 2009 [Urk. 9/46] und Stellungnahme von Dr. G. ___ vom 19. Mai 2009 [Urk. 9/50/2]). Sodann setzte er sich mit der - von der Beschwerdeführerin einspracheweise beigebrachten - Verlautbarung von Dr. G. ___ vom 19. Mai 2009 (Urk. 9/50/2) auseinander und legte dar, er sei in seiner vormaligen Beurteilung diagnostisch von einer schweren rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.30) ausgegangen und habe die in Frage stehende, zum Suizid führende Phase der Erkrankung als durch den Tod des Vaters im März 2008 und den von der Mutter geäusserten Wunsch, in ein Altersheim umzuziehen, ausgelöst erachtet. Aufgrund dieser für ihn gravierenden Veränderungen seiner gewohnten Lebensumstände habe A.Y. ___ zweimal per FFE in der Klinik B. ___ hospitalisiert werden müssen. Die laut Auskunft der Mutter vorhandenen Befürchtungen A.Y. ___'s, dass er dumm und wertlos sei, dass er verarme, dass sich die Menschen von ihm abwenden würden, seien zwar voranging im Zusammenhang mit der Depression zu sehen, doch handle es sich dabei nicht nur um innere, überwertige oder wahnhaft, von der äusseren Realität völlig losgelöste Überzeugungen, sondern um eine Reaktion auf Tatsachen, nämlich den Tod des Vaters, den Umzug der Mutter ins Altersheim, die Ferienreise der Ehefrau, das drohende Alleinsein im Elternhaus und die Verantwortungslast für das Haus. Wenngleich der Beschwerdeführerin nicht der Vorwurf zu machen sei, sie habe A.Y. ___ im Stich gelassen, so habe sie doch offenbar selbst einen Zusammenhang ihrer Abwesenheit (also eines äusseren Umstands) mit der suizidalen Gefährdung A.Y. ___'s hergestellt, indem sie es für notwendig erachtet habe, ihn für die Dauer der Abwesenheit in der Klinik B. ___ zu hospitalisieren. Die Verzweiflung von A.Y. ___ erkläre sich folglich durchaus nicht alleine mit der depressiven Erkrankung, sondern sei auch Folge von belastenden äusseren Faktoren, welche er in seine Überlegungen einbezogen habe. Was das Ausmass von Impulsivität beziehungsweise Selbstkontrolle angehe, lasse sich über die genauen Umstände des Suizids nicht mehr herausfinden, als dass dieser in der Zeit der Abwesenheit der Mutter begangen worden sei, der A.Y. ___ vor ihrem Weggang nicht durch planloses, unvernünftiges Verhalten aufgefallen sei. Die Tatsache, dass A.Y. ___ ein psychisch schwer kranker Mensch gewesen sei, bedeute nicht automatisch die vollständige Aufhebung seiner Urteilsfähigkeit, wovon im Übrigen auch die verantwortlichen Ärzte der Klinik B. ___ ausgegangen seien, welche ihn trotz Bedenken aus der stationären Behandlung entlassen hätten. Soweit sich dies aus psychiatrischer Sicht sagen lasse, hätten die Gedanken A.Y. ___'s nicht allein um dessen depressives und zum Teil auch wahnhaftes Bild von sich selbst und seiner Umgebung gekreist, sondern auch um eine Reihe von äusseren, ihn konkret bedrohenden Umständen, welche Gedanken letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dazu beigetragen hätten, dem Leben ein Ende zu bereiten; alles in allem spreche mehr dafür als dagegen, dass die Urteilsfähigkeit zum Tatzeitpunkt nicht vollständig aufgehoben gewesen sei.

3.3.3 Dr. G. ___ führte in der - in seiner Eigenschaft als behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin erstatteten - Stellungnahme vom 19. Mai 2009 (Urk. 9/50/2) aus, seit Juni 2008 sei der Umgang der Beschwerdeführerin mit dem schlechten psychischen Zustand A.Y.'s immer wieder Therapiethema gewesen. Offenbar habe A.Y. ___ unter schweren Depressionen mit einer ausgeprägten Perspektivlosigkeit und einem Verarmungswahn gelitten. Nach Angaben der Beschwerdeführerin sei A.Y. ___ - nicht ganz überraschend - aufgrund einer ausgeprägten Suizidalität mittels FFE hospitalisiert worden. Da für September 2008 eine Reise in die Türkei geplant gewesen sei und sich die Beschwerdeführerin grosse Sorgen darüber gemacht habe, ohne A.Y. ___ zu verreisen, habe Dr. G. ___ ihr empfohlen, die Verantwortlichen der Klinik B. ___ zu kontaktieren, und ihr geraten, den verantwortlichen Ärzten ihre Befürchtung mitzuteilen, dass sich A.Y. ___ ohne ihre Betreuung zuhause das Leben nehmen könnte. Die Beschwerdeführerin habe in der Folge die Reise in der Meinung angetreten, dass A.Y. ___ absprachegemäss hospitalisiert bleiben würde. Im Weiteren legte Dr. G. ___ dar, dass die von Dr. H. ___ ausgemachte einflussbare Verzweiflung und verzerrte Wahrnehmung A.Y.'s, im Leben gescheitert und alleine zu sein (was in der Realität nicht der Fall gewesen sei), aus psychiatrischer Sicht ein Kernsymptom der schweren depressiven Erkrankung darstelle, welche wiederum ein vernünftiges Handeln verunmöglicht und zum Suizid geführt habe. Dies werde auch dadurch untermauert, dass A.Y. ___ entgegen dem ausdrücklichen ärztlichen Ratschlag acht Tage vor dem Suizid aus der Psychiatrischen Klinik B. ___ habe entlassen werden müssen. Soweit die Tat aus einem plötzlichen Impuls heraus erfolgt zu sein scheine, wäre die Urteilsfähigkeit A.Y.'s zum Tatzeitpunkt erst recht völlig aufgehoben gewesen (eine impulsive Handlung werde definitionsgemäss vorher nicht noch überlegt). Die Tatsache, dass offenbar auch eine anhaltende wahnhaftige Symptomatik vorgelegen habe (wie dies bei schweren Depressionen öfters vorkomme), sei definitionsgemäss ein weiterer Hinweis darauf, dass A.Y. ___ ein vernünftiges, realitätsgerechtes Beurteilen der Lebenssituation nicht möglich gewesen sei.

Privatgutachter Dr. I. ___ kam in seiner offensichtlich in Kenntnis aller relevanten Akten abgegebenen Beurteilung vom 14. Dezember 2009 (Urk. 3/3) zum Schluss, dass A.Y.'s Urteilsfähigkeit zum Tatzeitpunkt nicht nur stark vermindert, sondern völlig aufgehoben gewesen sei, indem dieser einem dumpfen, triebhaften, völlig irrationalen Motiven entstammenden Willensimpuls gefolgt sein müsse, welcher Verlust der rationalen Steuerung eine Psychose voraussetze. Sowohl die Ärzte der Klinik B. ___ als auch Dr. H. ___ hätten der schweren depressiven Erkrankung A.Y.'s den Stellenwert einer Geisteskrankheit beigemessen und auch für besonnene Laien (wie etwa die A.Y. ___ nahestehenden Menschen) seien dessen Aussagen und Verhalten oft uneinflussbar gewesen. Die Suizidhandlung sei demnach nicht nur unverhältnismässig (was in den meisten Fällen von Suiziden und Suizidversuchen der Fall sei), sondern unsinnig gewesen, denn es habe kein Grund für einen Verarmungswahn (wie er mehrfach beschrieben worden sei) oder für die Angst der Einsamkeit (etc.) bestanden. Es sei unverstänglich, wie Dr. H. ___ dazu komme, ohne nähere Begründung im Rahmen einer schweren depressiven Stimmung plötzlich von einer Anpassungsstimmung zu sprechen und dieser einen Teil der depressiven Symptomatik anzulasten, um sie dann (vordergründig logisch) als Ursache für den Suizid zu postulieren (wohlwissend, dass sich die Affektivität im Rahmen derart schwerer Depressionen keinesfalls mit einer Trauer- oder Enttäuschungsreaktion oder einer depressiven Reaktion eines gesunden

Menschen vergleichen lasse). Gerade die quälenden und eben oft auch unbegründeten Sorgen und Ängste um Arbeitsplatz, Familie, Gesundheit und Existenz seien einer Depression dieses Schweregrades immanent, würden doch die allermeisten depressiven Patienten an einem sogenannten Morgentief leiden, wobei die Stimmung dann besonders schlecht sei (um zumeist im Laufe des Tages wieder etwas aufzuhellen). Im Rahmen von Depressionen dieses Schweregrades komme es regelhaft zu einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeit bis hin zur Zerreißung der Sinngesetzlichkeit seelischer Vorgänge und Handlungsabläufe. Durch diese Desintegration der Persönlichkeit könnten gegenüber den psychotischen Erlebnisqualitäten und Impulsen, rationale Steuerungsmechanismen nicht mehr oder nur noch sehr bedingt eingesetzt werden. Scheintiefe Relativierungen und Überlegungen hinsichtlich eventuell noch vorhandener Freiheitsgrade seien wirklichkeits- und praxisfremd, zumal an der Diagnose einer depressiven Störung mit psychotischen Symptomen im Fall Ä. Y. ___'s kein Zweifel bestehe (wobei schon die schwere Depression alleine und ohne die erwähnten psychotischen Symptome einer Geisteskrankheit entspreche, eben weil sie normalpsychologisch nicht einsehbar oder nachvollziehbar sei). Weil Ä. Y. ___ mit hoher Wahrscheinlichkeit, wenn nicht gar mit Sicherheit am Tage des Suizides weiterhin unter seiner schweren depressiven Störung gelitten habe (wobei mangels Konsultation eines Psychiaters nach erfolgter Klinikentlassung nicht bekannt sei, ob er die ihm verordneten Medikamente eingenommen habe) und zudem weit mehr Gründe für als gegen ein psychotisch abgewandtes Weiterleben zum Selbsttötungszeitpunkt sprächen, sei die natürliche Kausalität zwischen der Geisteskrankheit (bzw. der gefährlichen Unfähigkeit, vernunftgemäß zu handeln) und dem Suizid als zumindest überwiegend wahrscheinlich anzusehen.

3.4.4 Die einspracheweise aufgelegte Stellungnahme von Dr. G. ___ bietet wohl Aufschlüsse über die persönliche Situation und den Krankheitsverlauf Ä. Y. ___'s aus Sicht der Beschwerdeführerin und deren Therapeut, stellt als ohne vollständige Aktenkenntnis erstattete Einschätzung durch den die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiater aber keine stichhaltige Beurteilungsgrundlage dar. Demgegenüber sind die fachärztlichen (Akten-)Beurteilungen der Dres. H. ___ und I. ___ - soweit ersichtlich - in vollständiger Kenntnis der jeweiligen Aktenlage abgegeben worden, wobei die über die nötigen Qualifikationen zur Abgabe entsprechender Beurteilungen verfügenden Fachleute allerdings zu konträren Schlussfolgerungen gelangt sind. Was die medizinische Situation angeht, haben die verwaltungsintern und privat beigezogenen Sachverständigen zwar übereinstimmend eine Geistesschwäche verneint und die von den Verantwortlichen der Klinik B. ___ (bzw. des Ambulatoriums C. ___) sowie weiteren Ärzten und Therapeuten konstatierte schwere rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.30) als die Urteilsfähigkeit beeinträchtigende Geisteskrankheit qualifiziert; einig gehen die involvierten Psychiater weiter darin, dass die Fähigkeit von Ä. Y. ___, vernunftgemäß zu handeln, im Zeitpunkt des Suizids jedenfalls stark reduziert gewesen sein muss. Erhebliche Differenzen bestehen indessen hinsichtlich der Bewertung weiterer Aspekte, wobei sich aus richterlicher Sicht im Kontext der gesamten medizinischen Unterlagen (Urk. 9/12, 9/26, 9/29 und 9/32-33) und übrigen Akten (soweit denn überhaupt verwertbar; Urk. 3/2, 9/1, 9/6, 9/22, 9/35-37, 9/45-47 und 16/1) nicht abschliessend entscheiden lässt, ob bei den vorliegenden Begebenheiten - im Sinne von Dr. H. ___ - im Rahmen der schweren depressiven Störung (mit psychotischen Symptomen; ICD-10 F33.30) von einer

zusätzlich Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) gesprochen und aufgrund der gesamten Umstände (Verhalten und Lebenssituation) auf eine erlebnisreaktive und damit noch in erheblichem Masse vernunftgemässe und willentliche Suizidhandlung geschlossen werden kann oder vielmehr - im Sinne von Dr. I. ___ - unter Würdigung der herrschenden objektiven und subjektiven Faktoren die Fähigkeit zu vernunftgemäßem Handeln als gänzlich aufgehoben betrachtet werden muss. Dass die Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin - was nicht belegt ist - nach Kenntnisnahme des (Privat-)Gutachtens von Dr. I. ___ auf Erstattung einer ergänzenden Beurteilung verzichtet habe, da Dr. I. ___'s Begutachtung "dazu absolut keinerlei Anlass gebe" (Urk. 8 S. 8), vermag der Einschätzung von Dr. H. ___ noch nicht zum Durchbruch zu verhelfen. Denn die Darlegungen und Schlussfolgerungen des fachkundigen Dr. I. ___ erscheinen keineswegs derart abwegig, dass sie leichthin und ohne medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung als vollkommen haltlos verworfen werden könnten. Umgekehrt kann angesichts der detaillierten und aus Laienoptik in den wesentlichen Zügen konsistenten Meinungsäusserungen von Dr. H. ___ aber auch nicht ohne weiteres dem Gutachtensergebnis von Dr. I. ___ der Vorzug gegeben werden. Schon vor der ersten notfallmässigen FFE-Einweisung Ä. Y. ___'s in die Klinik B. ___ (am 11. Juni 2008) war trotz ambulanter fachärztlicher Betreuung (im Ambulatorium C. ___) und spezifischer Medikation (Cipralex ® und Temesta ®) über eine Verschlechterung der schweren depressiv-psychotischen Symptomatik mit Suizidgedanken, Ängsten und Wahnideen vor allem in den Morgenstunden berichtet worden; nach der Entlassung (am 15. Juli 2008) wurde im Zuge der ambulanten Weiterbetreuung zwar eine leichte Besserung konstatiert, doch verschlechterte sich der Zustand von Ä. Y. ___ schon kurze Zeit später wieder so sehr, dass eine erneute notfallmässige FFE-Einweisung in die Klinik B. ___ notwendig wurde (am 11. August 2008), ohne dass nach erfolgter Entlassung aus der zweiten stationären Behandlung (am 12. September 2008) eine ambulante Weiterbetreuung gewährleistet gewesen wäre (vgl. Bericht von Dr. med. K. ___ und med. pract. L. ___, Ambulatorium C. ___, vom 4. Februar 2009 [Urk. 9/33]). Wohl konnte in der Klinik B. ___ medikamentös (Efexor ®, Seroquel ® und Remeron ® sowie zusätzlich Temesta ®) und therapeutisch (strukturierende Massnahmen und regelmässige Gespräche) eine Verbesserung der Symptomatik erreicht und eine Selbst- und Fremdgefährdung schliesslich soweit ausgeschlossen werden, dass Ä. Y. ___ auf dessen dringenden Wunsch hin (und entgegen dem ärztlichen Ratschlag) entlassen werden musste, doch wurde zur Aufrechterhaltung des insoweit stabilisierten psychischen Zustands ausdrücklich eine ambulante Therapie und tagesklinische Weiterbetreuung empfohlen (Austrittsbericht der Dres. med. M. ___ und N. ___ sowie med. pract. O. ___, Klinik B. ___, vom 18. September 2008 [Urk. 9/26] und Bericht von Dr. N. ___, Klinik B. ___, vom 1. Februar 2009 [Urk. 9/29]). Dass der Verantwortliche der Klinik B. ___ den psychischen Zustand unmittelbar vor dem Suizid vom 20. September 2008 rückblickend offen liess (Bericht von Dr. N. ___, Klinik B. ___, vom 1. Februar 2009 [Urk. 9/29]), schliesst eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer nach der Klinikentlassung eingetretenen rapiden Verschlechterung der Psychopathologie mit jedenfalls zeitweilig akuter Verschärfung namentlich der psychotischen Symptomatik und Wahnhaftigkeit nicht aus, zumal angesichts des Fehlens der dringend indizierten ambulanten und tagesklinischen Nachbetreuung und mangelnden Überwachung der Medikamenteneinnahme. Dass Ä. Y. ___'s Mutter bei der polizeilichen Befragung angab, sie hätte nie gedacht, dass dieser seine seit langem geäusserte Selbsttötungsabsicht in die Tat umsetzen würde

(Rapport von Det Wm P.____, Kantonspolizei '____', vom 9. Oktober 2008 [Urk. 3/2 = 9/22 Beilage]), steht einem solchen Szenario nicht entgegen. Was die formlos eingeholte und in einer (ununterzeichneten) Telefonnotiz festgehaltene mündliche beziehungsweise telefonische Angabe angeht, wonach die Mutter vor dem Verlassen des Hauses am Todestag keine Auffälligkeiten habe feststellen können (Urk. 9/36), hätte diese im Hinblick auf die Gewichtung der psychotischen Symptomatik sowie Wahnhaftigkeit in Relation zu den in Betracht fallenden äusseren Faktoren wesentliche Auskunft in der beweismässig gehörrigen Form erhoben werden müssen.

Aufgrund der seitens der Beschwerdegegnerin bislang bloss formlos erhobenen Auskünfte und lediglich verwaltungsintern eingeholten Aktenbeurteilungen ist zur Ausräumung der vorhandenen Widersprüche und Unklarheiten von gerichtlichen Beweismassnahmen abzusehen und obliegt die weitere Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts der Beschwerdegegnerin (vgl. Â§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Diese wird dazu die Akten zu vervollständigen und ein externes Gutachten in Auftrag zu geben haben (im Verfahren nach Art. 44 ATSG).

E. 4

4.1 Zusammengefasst ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. November 2009 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne obiger Erwägungen, neu verfähge.

4.2 Das Verfahren ist kostenlos (Â§ 33 Abs. 1 GSVGer in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG und Art. 61 lit. a ATSG).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfähgung als vollstndiges Obsiegen (vgl. Urteil des EVG vom 10. Februar 2004 [U 199/02] Erw. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessende Entschädigung hat (inkl. Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer [MWSt]; Â§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG; vgl. Â§ 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. November 2009 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Schmid

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG]). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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