

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00210 vom 14. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00210

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00210 du 14 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00210 del 14 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1986, arbeitete als Assistentin Restaurant Mana ger bei der Y.____ und war dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (Urk. 8/1). Am 7. Mai 2015 stürzte sie sich in suizidaler Absicht aus einer Höhe von 15 m aus einem Fenster und erlitt ein Polytrauma (vgl. Urk. 8/19).

Mit Verfügung vom 8. Dezember 2015 verneinte die Suva eine Leistungspflicht mit der Begründung, der Gesundheitsschaden sei absichtlich herbeigeführt worden (Urk. 8/75). Die hiergegen erhobene Einsprache der Versicherten vom 8. Januar 2016 (Urk. 8/83) wies sie mit Entscheid vom 11. August 2016 ab (Urk. 8/93 = Urk. 2).

Eine vom Krankenversicherer erhobene Einsprache vom 21. Dezember 2015 (Urk. 8/79) wurde am 12. Februar 2016 zurückgezogen (Urk. 8/88/2).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 11. August 2016 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 15. September 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die Suva sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2016 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Am 1. November 2016 holte das Gericht weitere Arztberichte ein (Urk. 9), welche der Beschwerdegegnerin am 23. Dezember 2016 zur fachärztlichen ergänzenden Stellungnahme unterbreitet wurden (Urk. 22). Die Beschwerdegegnerin reichte diese am 16. Januar 2017 ein (Urk. 24; Psychiatrische Beurteilung der Suva vom 13. Januar 2017, Urk. 25).

Mit Replik vom 31. März 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest (Urk. 28). Die Beschwerdegegnerin erneuerte mit Duplik vom 7. April 2017, welche der Beschwerdeführerin am 11. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 31), den Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 30). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar

2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen

Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 7. Mai 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.1

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 129 V 402 E. 2.1). Hat die versicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht gemäss Art. 37 Abs. 1 UVG mit Ausnahme der Bestattungskosten kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Diese Bestimmung findet indes keine Anwendung, wenn die versicherte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalles war (Art. 48 UVV).

E. 2.2

mit weiteren Hinweisen). Den Parteien obliegt jedoch in dem vom Untersuchungsgrundsatz beherrschten Sozialversicherungsprozess keine subjektive Beweisführungslast im Sinne von Art. 8 ZGB. Eine Beweislast besteht nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Dass die versicherte Person absichtlich aus dem Leben geschieden ist oder scheiden wollte, darf nur dann als nachgewiesen gelten, wenn gewichtige Indizien jede andere den Umständen angemessene Deutung ausschliessen. Deshalb ist in solchen Fällen zunächst von der durch den Selbsterhaltungstrieb gebotenen Vermutung auszugehen, es liege keine Selbsttötung bzw. kein Selbsttötungsversuch vor, und sodann zu fragen, ob derart überzeugende Umstände vorliegen, dass diese Vermutung widerlegt wird (RKUV 1996 Nr. U 247 S.

S.

168 E.

2a und

b ; Urteile des Bundesgerichts U 256/03 vom 9. Januar 2004, E. 3.3, und U

197/02 vom 11. März 2003, E. 5.3).

E. 2.3

Die Urteilsfähigkeit der versicherten Person ist in B bezug auf die in Frage stehende konkrete Handlung und unter Würdigung der bei ihrer Vornahme herrschenden objektiven und subjektiven Verhältnisse zu prüfen. Ob die Tat ohne Wissen und Willen erfolgte, ist nicht entscheidend; denn eine Absicht, und sei es auch nur in Form eines völlig unreflektierten, dumpfen Willensimpulses, ist stets festzustellen; sonst liegt keine Selbsttötung bzw. kein Suizidversuch vor. Massgeblich ist einzig, ob im entscheidenden Moment jenes Minimum an Besinnungsfähigkeit zur kritischen, bewussten Steuerung der endothen (d.h. vor allem der triebhaften innerseelischen) Abläufe vorhanden war. Damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers entsteht, muss mit anderen Worten eine Geisteskrankheit, Geistesschwäche usw. nachgewiesen sein, welche im Zeitpunkt der Tat, unter Würdigung der herrschenden objektiven und subjektiven Umstände sowie in B bezug auf die in Frage stehende Handlung, die Fähigkeit gänzlich aufgehoben hat, vernunftgemäss zu handeln. Es muss deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Geisteskrankheit oder eine schwere Störung des Bewusstseins nachgewiesen sein, also psychopathologische Symptome wie Wahn, Sinnestäuschungen, depressiver Stupor (plötzlicher Erregungszustand mit Selbsttötungstendenz), Raptus (plötzlicher Erregungszustand als Symptom einer seelischen Störung) u.a.m. Dazu muss das Motiv zum Suizid oder Suizidversuch aus der geisteskranken Symptomatik stammen, mit anderen Worten muss die Tat „unsinnig“ sein. Eine blosser „Unverhältnismässigkeit“ der Tat, indem der Suizident seine Lage in depressiv-verzweifelter Stimmung einseitig und voreilig einschätzt, genügt zur Annahme von Urteilsunfähigkeit nicht. Für deren Nachweis ist nicht bloss die zu beurteilende Suizidhandlung von Bedeutung und so mit nicht allein entscheidend, ob diese als unvernünftig, uneinnehmbar oder abwegig erscheint. Vielmehr ist auf Grund der gesamten Umstände, wozu das Verhalten und die Lebenssituation der versicherten Person vor dem Selbsttötungsereignis insgesamt gehören, zu beurteilen, ob sie in der Lage gewesen wäre, den Suizid oder Suizidversuch vernunftmässig zu vermeiden oder nicht. Der Umstand, dass die Suizidhandlung als solche sich nur durch einen krankhaften, die freie Willensbetätigung ausschliessenden Zustand erklären lässt, stellt nur ein Indiz für das Vorliegen von Urteilsunfähigkeit dar (RKUV 1996 Nr. U 267 S. 309 E. 2b; erwähntes Urteil U 256/03, E. 3.2). An deren Nachweis sind keine strengen Anforderungen zu stellen; er gilt als geleistet, wenn eine durch übermächtige Triebe gesteuerte Suizidhandlung als wahrscheinlicher erscheint als ein noch in erheblichem Masse vernunftgemässes und willentliches Handeln (RKUV 1996 Nr. U 267 S. 309 E. 2c; erwähntes Urteil U 197/02, E. 5.3).

E. 2.4

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Suizidversuchs gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln. Nicht streitig und durch die Akten ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin am 7. Mai 2015 in suizidaler Absicht aus dem Fenster gesprungen ist.

E. 4.1

Dr. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte im Bericht vom 11. September 2015 (Urk. 8/52 = Urk. 8/53) mit, die Beschwerdeführerin sei nur einmal, am 4. November 2014, in seiner Sprechstunde gewesen. Er diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass es ihr seit Anfang des Jahres schlecht gehe und sie im Juli einen Selbstmordversuch unternommen habe, nach welchem sie im A.____ notfall mässig betreut worden sei.

E. 4.2

Dr. B.____, Psychologische Psychotherapeutin, berichtete am 9. November 2015 (Urk. 8/70), die Beschwerdeführerin sei seit 4. November 2014 in ihrer Behandlung gewesen. Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischen Anteilen (F33.11) im Rahmen eines Erschöpfungszustandes nach Burnout bei Verdacht auf eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (F60.6). Sie wirke erschöpft und etwas konfus. Es werde eine Ambivalenz deutlich, zwischen kämpfen und sich „durchzubeissen“ und gleichzeitig „die Flinte ins Korn zu werfen“. Im Kontakt entstehe der Eindruck von Flüchtigkeit, so, als traue sie sich eine stabile Kontaktaufnahme nicht zu. Es seien keine Bewusstseinsstörungen offenbar, auch sei sie zu allen Qualitäten orientiert. Die Konzentration sei eingeschränkt bei Grübelgedanken und Sorgenketten. Es gebe keine Hinweise auf Konfabulationen. Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen würden verneint, im Affekt zeige sich die Beschwerdeführerin dysphorisch mit einem hohen Schamgefühl, dem Gefühl zu versagen und Zukunftsängsten. Wut und Ärger auf die eigene Person seien ebenfalls deutlich. Der Antrieb sei leicht gemindert, werde eher so beschrieben, dass sie zwar planvoll ihr Handeln beginne, jedoch rasch in Zweifel gerate, ob der eingeschlagene Weg korrekt sei, und „innerlich stehen bleibe“ und sich als „blockiert“ erlebe. Sie berichte von Suizidgedanken und Suizidalität in den letzten Monaten, die sie auch zur Einweisung (Juli 2014) ins A.____ geführt habe. Aktuell könne sie sich glaubhaft von einer aktuellen Suizidalität distanzieren, wobei sie als latent suizidal einzuschätzen sei (S. 3). Eine akute Suizidalität beziehungsweise eine klare Absicht, sich umbringen zu wollen, sei am 6. Mai 2015 nicht erkennbar gewesen (S. 4).

E. 4.3

Laut Bericht der C.____ vom 15. September 2015 (Urk. 8/54) war die Beschwerdeführerin dort zwischen dem 12. und 16. Dezember 2014 für zwei Konsultationen. Es wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) diagnostiziert. Es sei eine Krisenintervention mit Krisenplan und Psychoedukation durchgeführt worden.

E. 4.4

Nach dem Sturz war die Beschwerdeführerin vom 7. Mai bis 11. Juni 2015 zur Erstversorgung im D.____, Klinik für Unfallchirurgie. Die Ärzte nannten im Austrittsbericht vom 12. Juni 2015 (Urk. 8/19) neben den somatischen Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode mit Suizidversuch (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin leide bekanntermassen seit ihrem 13. Lebensjahr an einer depressiven Störung mit rezidivierenden Episoden (Anamnese S.

2). Im Verlauf sei es einmalig nachts zur Agitation mit Selbstgefährdung gekommen. Mehrheitlich sei die Beschwerdeführerin aber gut zu führen und kooperativ gewesen, jedoch sehr verlangsamt. Die Suizidalität habe persistiert und es seien tägliche Visiten

durch die Kollegen der Psychiatrie erfolgt. Bei weiter persistierender Suizidalität sei für die Verlegung auf die Normalstation eine Sitzwache organisiert sowie eine antidepressive und anxiolytische Therapie begonnen worden. Aktuell gebe die Beschwerdeführerin an, keine Suizidgedanken, -handlungsabsichten oder -pläne zu haben. Sie möchte ihrer Therapie eine Chance geben und probieren zu leben (S. 5).

Dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Konsilium des D.____ vom 8. Mai 2015 (Urk. 21) kann entnommen werden, dass eine Exploration der Beschwerde führerin am 8. Mai 2015 nicht möglich gewesen sei. Die Beschwerdeführerin öffnete auf Ansprache hin zwar die Augen, gebe aber keine verbalen Äusserungen auf Fragen (S. 1). Im Verlauf habe sie sich am 10. Mai 2015 dahingehend geäußert, dass sie immer wieder daran gedacht habe, sich umzubringen, aber der Sprung eher eine Kurzschlusshandlung gewesen sei. Sie sei in allen Modalitäten orientiert, es gebe keine Hinweise auf grobe mnestiche Störungen. Formgedanklich sei sie stark verlangsamt und eingeengt auf ihre subjektiv hoffnungslose Situation. Aktuell bestünden keine Hinweise auf Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (S. 3). Dies ergab sich auch anlässlich der Folgeuntersuchungen (vgl. S. 5, S. 8 f., S. 11 f., S. 14 ff.). Am 10. Juni 2015 wurde erstmals darüber berichtet, dass sich die Beschwerdeführerin von Suizidgedanken distanzieren (S. 16).

E. 4.5

Vom 11. Juni bis 31. August 2015 weilte die Beschwerdeführerin in der E.____. Im Austrittsbericht vom 28. August 2015 (Urk. 8/59) wurde ein Status nach Fenstersturz bei vorbestehend rezidivierender depressiver Störung, aktuell seit 24. August 2015 eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig submanische Episode, diagnostiziert (S. 2).

Dem psychosomatischen Konsilium vom 26. August 2015 (Urk. 13) kann entnommen werden, dass seit der Jugendzeit eine wechselnd stark ausgeprägte depressive Symptomatik mit immer wiederkehrenden suizidalen Impulsen bestanden haben. Das äussere Leben habe die Beschwerdeführerin mit zwei abgeschlossenen Ausbildungen bei guten intellektuellen und sozialen Ressourcen durchaus erfolgreich bewältigt. Sie sei jedoch immer durch die depressive Erkrankung belastet geblieben. Auch intensive und längerfristige psychotherapeutische Behandlungen sowie die persönliche Beschäftigung mit ihrer Situation habe nicht verhindern können, dass sie im Frühjahr 2015 in zunehmende Verzweiflungszustände geraten sei, welche schliesslich im sehr ernsthaften Suizidversuch gipfelten hätten, wobei sich die Beschwerdeführerin mehrfach überlegt habe, auf welche Weise sie aus dem Leben scheiden könnte. Sie sei sehr überrascht gewesen, als sie nach dem Sturz zwar mit zerschlagenen Knochen, aber mit intaktem Kopf und Verstand aufgewacht sei und realisiert habe, dass sie nun eine weitere Lebenschance bekommen habe (S. 2).

E. 4.6

Die Beschwerdeführerin war vom 31. August bis 15. Oktober 2015 in der F.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 1. Dezember 2015 (Urk. 8 /74) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - bipolare affektive Störung II, gegenwärtig hypomanische Episode (F31.0) - Status nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch Sturz aus grosser Höhe

Zum Suizidversuch habe die Beschwerdeführerin berichtet, dieser sei aus einem plötzlichen Impuls heraus erfolgt, obwohl sie sich zuvor schon seit längerem mit Suizidgedanken beschäftigt habe. Suizidpläne habe es aber nicht gegeben. Sie habe Probleme am

Arbeitsplatz gehabt und am betreffenden Tag habe sie sich frühmorgens in den 5. Stock ihres Hauses begeben und sei hinunterge sprungen. Dabei hätten sich für sie nur 3 Fragen gestellt: Ob sie zur Sedierung eine Tablette nehmen solle, ob der Sturz aus dem 5. Stock für einen Suizid aus reiche und ob sie jetzt springen oder zu spät zur Arbeit erscheinen solle. Als sie realisiert habe, dass sie den Sprung überlebt habe, habe sie sich zunächst da rüber geärgert und den misslungenen Suizidversuch bereut (S. 2).

Während des gesamten Aufenthaltes habe die Beschwerdeführerin als hypoman imponiert. Es hätten sich eine deutlich gehobene oder gereizte Stimmung sowie eine gesteigerte Aktivität, Gesprächigkeit, Ablenkbarkeit und Konzentrations schwierigkeiten sowie teilweise Distanzlosigkeit im interpersonellen Kontakt gezeigt (S. 5).

E. 4.7

Am 22. Oktober 2015 trat die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in die G.____ ein. Mit Bericht vom 17. Dezember 2015 (Urk. 3/4) wurde als psychiatrische Diagnose eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode, bei Status nach Suizid versuch durch Sturz aus dem Fenster (5. Sock) am 7. Mai 2015 genannt (S. 1). Es zeigten sich keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin im Gespräch über den Aufenthalt in der F.____ leicht dysphorisch, ansonsten euthym. Im Antrieb sei sie laut eigener Aussage gesteigert. Im Gespräch sei sie leicht logorrhöisch, psychomotorisch sei sie ruhig. Der Schlaf-Wach-Rhythmus sei leicht gestört. Inter mittierend habe sie Suizidgedanken, distanzieren sich jedoch klar von akuter Suizidalität, diesbezüglich sei sie absprache- und bündnisfähig. Zusammen fassend ergebe sich kein Anhalt für akute Selbst- und Fremdgefährdung (S. 2).

E. 4.8

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt der Beschwerdegegnerin, stellte in der Aktenbeurteilung vom 24. November 2015 (Urk. 8/73) folgende Diagnosen (S. 17): - kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) - mit zwanghaft perfektionistischen und ängstlich-vermeidenden Zügen - rezidivierende depressive Störung (F33) - bestehend seit spätestens dem 20. Lebensjahr - mit teilweise schweren depressiven Episoden - DD: bipolare affektive Störung (F31)

Die psychischen Dekompensationen mit depressiver Symptomatik beruhten jeweils auf der durch die Persönlichkeitsstörung geprägten Psychodynamik (S. 17).

Der insgesamt schlechte psychische Zustand habe vor allem (respektive wahr scheinlich praktisch ausschliesslich) mit der beruflichen Situation zusammenge hangen. Dieser Lebensbereich sei für die stark leistungsorientierte, perfektionistische und zugleich immer wieder zutiefst verunsicherte Beschwerdeführerin grundsätzlich sowohl aussergewöhnlich wichtig als auch aussergewöhnlich problematisch (S. 18). Am Tag vor dem Suizidversuch habe sich die Beschwerdeführerin durch die Tatsache, dass sie erstmals allein eine bestimmte Abrechnung machen müssen, ohne dafür wirklich eingeführt worden zu sein, stark überfordert gefühlt. Nachdem sie – durch die Psychotherapeutin dazu ermutigt – die Abrechnung gemacht habe, habe sie aufgrund ihrer perfektionistischen Art und ihrer Versagensängste wahrscheinlich intensiv darunter gelitten, dass es bei dieser Abrechnung offenbar Probleme gegeben habe. Es sei davon auszu gehen, dass sich die Beschwerdeführerin am 7. Mai 2015 durch den Gang zur Arbeit emotional massiv überfordert gefühlt habe. Im Moment, als sie dies hätte tun sollen, habe sie sich unter einem intensiven psychischen Druck befunden und habe sich, statt sinnvollere Auswege zu

wählen, sehr wahrscheinlich aus dem Moment und aus ihren intensiven Gefühlen heraus für den „Ausweg Suizid“ entschieden (S. 19).

Obwohl die Beschwerdeführerin unter einem hohen Leidensdruck und starker seelischer Not heraus sowie in wahrscheinlich impulsiver Weise gehandelt habe, sei insgesamt nicht davon auszugehen, dass sie zum Zeitpunkt ihres Suizidversuchs gänzlich unfähig gewesen sei, vernunftgemäss zu handeln. Es sei auf Grund der Akten davon auszugehen, dass sie trotz der zeitweilig recht schweren depressiven Zustände nie unter psychotischen Symptomen gelitten habe. Es sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am 7. Mai 2015 weder submanisch noch manisch gewesen sei. Ihre Fähigkeit, über Einsicht in die Folgen ihres Handelns zu verfügen, sei vorhanden gewesen. Zugleich sei ihre Fähigkeit, ihr Verhalten entsprechend dieser Einsicht zu steuern, deutlich vermindert, aber nicht aufgehoben gewesen (S. 19 unten f.).

In der Aktenbeurteilung vom 13. Januar 2017 (Urk. 25) schloss sich

Dr. H. ____

aufgrund der in der Zwischenzeit ergangenen Berichte der Meinung an, es sei eine bipolare Störung (F31) zu diagnostizieren. Er erwog, dass keine Hinweise auf eine erhebliche Bewusstseinsstörung zum Zeitpunkt des Fenstersturzes vorliegen hätten (S. 19) und hielt an der Einschätzung betreffend das vernunftgemässe Handeln der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Suizidversuchs fest (S. 21).

E. 5.1

Die nach dem Suizidversuch weitergehenden Behandlungen haben ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin nicht eine rezidivierende depressive Störung (F33), sondern eine bipolare affektive Störung (F31) zu diagnostizieren ist (vgl. E. 4.5-4.8).

Bei einer bipolaren affektiven Störung (F31) handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte (d.h. wenigstens zwei) Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau der betreffenden Person deutlich gestört sind. Es treten einmal eine gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und erhöhte Aktivität (Manie oder Hypomanie) auf, dann wieder eine Stimmungssenkung, verminderter Antrieb und verminderte Aktivität (Depression). Manische Episoden beginnen in der Regel abrupt und dauern zwischen 2 Wochen und 4 bis 5 Monaten (im Mittel etwa 4 Monate). Depressionen tendieren zu längerer Dauer (im Mittel etwa 6 Monate). Episoden beider Art folgen oft einem belastenden Lebensereignis oder einem anderen psychischen Trauma (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Horst Dilling, Werner Mombour, Martin H. Schmidt [Hrsg.] 10. Auflage, Bern 2015 S. 164 f.).

In welcher Episode sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Suizidversuchs befunden hat, ist nicht von Belang. Im Endeffekt ist erheblich, ob sie in einem Zustand war, in welchem sie gänzlich ausser Stande war, vernunftgemäss zu handeln. Sowohl im depressiven als auch im manischen Zustand können psychotische Zustände vorkommen (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., F31.2 und 31.5).

E. 5.2

In den Berichten der die Beschwerdeführerin vor dem Suizidversuch behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten (E. 4.1-4.3) finden sich keinerlei Hinweise darauf, dass bei der

Beschwerdeführerin jemals psychotische Zustände beobachtet worden sind. Auch drei Tage nach dem Ereignis erschien die Beschwerdeführerin dem Psychiater des D.____ (E. 4.4) somnolent und bewusstseinsklar, und er konnte keine Hinweise auf Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen erkennen. Im psychosomatischen Konsilium der E.____ (E. 4.5), in welchem ein sehr plötzlich und für alle überraschend aufgetretener Stimmungsumschlag ohne ersichtlichen äusseren Anlass ins submanische bis manische Zustandsbild beschrieben wurde, wurden ebenfalls keine psychotische Störungen erwähnt. Die Beschwerdeführerin imponierte mit Affektinkontinenz, Schlaflosigkeit, Angetriebenheit, erheblichen Konzentrationsstörungen, Ideenflüchtigkeit und im sozialen Umgang leichten Regelverletzungen (S. 2). Auch die Psychiater der F.____ (E. 4.6) beschrieben keine psychotischen Symptome, sondern hielten fest, dass keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen und keine Wahn- oder Ich-Störungen vorlägen (S. 4), obwohl die Beschwerdeführerin während des gesamten Aufenthaltes hypoman imponierte und eine deutlich gehobene oder gereizte Stimmung und eine gesteigerte Aktivität, Gesprächigkeit, Ablenkbarkeit und Konzentrationschwierigkeiten sowie teilweise Distanzlosigkeit im interpersonellen Kontakt hatten beobachtet werden können. Schliesslich gab es auch gemäss Bericht der G.____ (E. 4.7) keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Angesichts dieser ärztlichen Feststellungen erscheint es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin kurz vor und im Moment des Suizidversuchs psychotische Symptome aufgewiesen hat.

E. 5.3

Im Weiteren kann auch aus den gemäss medizinischen Berichten von der Beschwerdeführerin selber gemachten Schilderungen über den Ereignisablauf nicht gefolgert werden, dass der Suizidversuch in einem Zustand gänzlicher Urteilsunfähigkeit verübt worden ist: So berichtete sie laut psychiatrischem Konsilium des D.____ (E. 4.4) schon drei Tage nach dem Sturz, dass sie sich schäme, nicht von einer genügenden Höhe gesprungen zu sein und es bereue, noch zu leben (S. 3). Gemäss Konsilium der E.____ (E. 4.5) sagte sie aus, sehr überrascht gewesen zu sein, dass sie nach dem Sturz mit intaktem Kopf und Verstand aufgewacht sei (S. 2). Gegenüber den Psychiatern der G.____ (E. 4.6) schilderte sie ihre Gedanken vor dem Sprung, nämlich dass sie sich gefragt habe, ob sie zur Sedierung eine Tablette nehmen sollte, ob der Sturz aus dem 5. Stock für einen Suizid ausreiche und ob sie springen oder zu spät zur Arbeit erscheinen soll. Sie habe sich ohne zwingende Gründe für den Sprung entschieden und habe sich, nachdem sie realisiert habe, dass sie den Sprung überlebt habe, darüber geärgert und das Misslingen bereut (S. 2). All diese Aussagen seitens der Beschwerdeführerin deuten eher darauf hin, dass sie sich in vollem Bewusstsein dazu entschieden hatte, aus dem Fenster zu springen.

E. 5.4

Insofern sich die Beschwerdeführerin darauf beruft, zum Suizidversuch sei es für das Umfeld überraschend gekommen, ist dem entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin drei Tage nach dem Versuch ausgesagt hat - und dies später auch immer wieder wiederholt hat -, dass sie immer wieder daran gedacht habe, sich umzubringen und die Psychiater des D.____ (E. 4.4) noch einen Monat nach dem Ereignis das Eigengefährdungspotential als deutlich erhöht angenommen haben (S. 15). Dass sie den Suizidversuch gegenüber den Psychiatern des D.____ eher als Kurzschlusshandlung bezeichnet hatte (vgl. E. 4.4), ist wohl im Zusammenhang damit zu sehen, dass sie immer wieder Suizidgedanken ohne konkrete Durchführungspläne hatte und sie sich am besagten Morgen kurzfristig, statt wie geplant

zur Arbeit zu gehen, dafür entschied, den Suizid mit einem Sprung aus dem Fenster zu vollziehen. Trotz Spontanaktion überlegte sie sich vorgängig, ob sie sich sedieren sollte, und wog die beiden Möglichkeiten, aus dem Fenster zu springen oder zu spät bei der Arbeit zu erscheinen, ab.

E. 5.5

Ferner zielt die Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt, ins Leere. Zwar haben sich psychiatrie Gutachten grundsätzlich auf eine persönliche Untersuchung abzustützen. Eine direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt indessen dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2008 vom 17. April 2009 E. 6.2 mit Hinweisen). Die Frage, in welcher Verfassung sich die Beschwerdeführerin befunden hatte, als sie sich aus dem Fenster stürzte, bezieht sich auf die wenigen Augenblicke vor dem Sprung aus dem Fenster und ist retrospektiv nur noch mittels anamnestischer Angaben ihrerseits zu ermitteln. Anamnestische Angaben finden sich indes bereits in den Akten, und diese wurden teilweise zeitnah zum Ereignis erhoben. Inwieweit eine Begutachtung so lange nach dem Ereignis zu neuen Erkenntnissen führen sollte, ist daher nicht ersichtlich. Weitere Abklärungen sind daher nicht nötig (antizipierte Beweiswürdigung BGE 124 V 90).

Schliesslich ist gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. H.____ (Urk. 25 S. 20 f.) davon auszugehen, dass das eingenommene Medikament zum Zeitpunkt des Suizidversuchs die Urteilsfähigkeit nicht ungünstig beeinflusste.

E. 5.6

Nach dem Dargelegten ist eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der gänzlichen Urteilsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Suizidversuchs nicht ausgewiesen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht verfügt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Schaffhauser - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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