

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00113

vom 19. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00113

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00113 du 19 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00113 del 19 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X.____ war seit dem 1. August 1996 als Pâtissier beim Y.____ angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Basler Versicherung AG obligatorisch unfallversichert (Urk. 11/1/1). Am 30. April 2015 warf er sich im Bahnhof Z.____ kopfvoran vor den ein fahrenden Zug und erlitt dabei ein Polytrauma (Schädel-Hirn, Thorax, Wirbelsäule, Extremitäten

samt traumatischer Oberschenkelamputation rechts ;

Urk. 11/2/18 ,

Urk. 11/5). Mit Verfügung vom 16. Juni 2016 (Urk. 11/4/1) verneinte die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht für die Folgen des Ereignisses vom April 2015 mit der Begründung, eine Geisteskrankheit oder eine den Geisteskrankheiten verwandte, schwere psychische Störung habe im Zeitpunkt des Suizidversuchs nicht vorgelegen (S. 1). Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache vom 19. August 2016 beziehungsweise 1. September 2016 (Urk. 11/4/2 erste und letzte Seite) wies sie mit Entscheid vom 12. April 2018 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Die Zusprache von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]). Als Unfall gilt 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 (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

E. 1.2

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 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]).

E. 1.3

Die leistungsansprechende Person muss, da sie das Vorliegen eines Unfalles zu beweisen hat, auch die Unfreiwilligkeit der Schädigung und bei Suizid oder Suizidversuch die Urteilsunfähigkeit nach Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) zur Zeit der Tat nachweisen. 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 unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen. 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. Zunächst ist von der durch den Selbsterhaltungstrieb gegebenen Vermutung auszugehen, es liege keine Selbsttötung respektive kein Selbsttötungsversuch vor. Diese Vermutung kann indes durch überzeugende Umstände widerlegt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2008 vom 17. April 2009 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.4

Die Urteilsfähigkeit der versicherten Person ist in 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 respektive kein Suizidversuch vor. Massgeblich ist einzig, ob im entscheidenden Moment jenes Minimum an Besinnungsfähigkeit zur kritischen, bewussten Steuerung der endothen (das heisst vor allem der triebhaften innerseelischen) Abläufe vorhanden war. Damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers entsteht, muss mit anderen Worten eine Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder eine schwere Störung des Bewusstseins nachgewiesen sein, welche im Zeitpunkt der Tat, unter Würdigung der herrschenden objektiven und subjektiven Umstände sowie in Bezug auf die in Frage stehende Handlung, die Fähigkeit gänzlich aufgehoben hat, vernunftgemäss zu handeln. Dazu müssten psychopathologische Symptome wie etwa Wahn, Sinnestäuschungen, depressiver Stupor (plötzlicher Erregungszustand mit Selbsttötungstendenz), Raptus (plötzlicher Erregungszustand als Symptom einer seelischen Störung) ausgewiesen sein. Das Motiv zum Suizid oder Suizidversuch muss sodann 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 somit nicht allein entscheidend, ob diese als unvernünftig, uneinfühlbar 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. 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2008 vom 17. April 2009 E. 2.3 mit weiteren Hinweisen; siehe auch bereits Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 256/03 vom 9. Januar 2004 E.

3.2 mit weiteren Hinweisen). 2.

Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass es sich bei dem in Frage stehenden Ereignis vom 30. April 2015 um eine versuchte Selbsttötung handelte. Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Suizidversuchs (ohne Verschulden) gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln.

Während die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. April 2018 (Urk. 2) gestützt auf das Aktengutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. A.____ vom 5. April 2018 (Urk. 11/3 /2) erwog, es bestünden keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer sich unmittelbar vor der fraglichen Suizidhandlung in einem psychischen Ausnahmezustand befunden habe und er deswegen völlig urteilsunfähig gewesen sei, stellt sich der Beschwerdeführer (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die zwei Tage später diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, auch bereits im Zeitpunkt des Suizidversuchs vorhanden gewesen sei und ihm daher die Einsicht gefehlt habe, vernunftgemäss zu handeln; insbesondere aufgrund des nachvollziehbaren Arztberichtes von Dr. med. B.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt Innere Medizin FMH, welcher betreffend

die Urteilsfähigkeit zum Schluss komme, dass diese im Zeitpunkt des Unfalls aufgehoben gewesen sei, bestünden erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellung von Dr. A.____. 3. 3.1

Vorwegzuschicken ist, dass es sich beim Gutachten von Dr. A.____

vom 5. April 2018 (Urk. 11/3 /2) um eine externe spezialärztliche Einschätzung handelt. Zudem kann auch dem reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt, namentlich ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergibt, und zudem nicht umstritten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2013 vom 31. März 2014 E.

4.2.2 mit Hinweisen).

Rechtsprechungsgemäss ist der Expertise also volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange sie den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte genügt und nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V

351, E. 3b/ bb). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2) kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2). Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts

9C_853/2015 vom 23. Juni 2014 E. 3.1.2). 3.2 Dr. A.____ gelangte in Würdigung der medizinischen Aktenlage in seiner Beurteilung vom 5. April 2018 (Urk. 11/3/2) zum Schluss, hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit des Beschwerdeführers lägen im unmittelbaren Vorfallszeitraum nur spärliche Befunde beziehungsweise Berichte vor. Immerhin sei dem Bericht von Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Februar 2016

zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 13. April 2015 letztmalig von ihm gesehen worden sei. Zum damaligen Zeitpunkt sei die Behandlung der Depression abgeschlossen gewesen. Der Beschwerdeführer sei am 13. April 2015 nicht depressiv gewesen.

Dem Bericht von Dr. C.____ vom 5.

Februar 2016 sei zudem zu entnehmen, dass beginnend im September

2014 das Antidepressivum Cymbalta schrittweise reduziert und am

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 15. Mai 2018 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 16. Juni 2016 und der Einspracheentscheid vom 12. April 2018 seien aufzuheben, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine versicherungsexterne psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne von Art.

E. 6

EMRK (S. 2).

Die Beschwerdegegnerin schloss am 3. September 201

E. 8

(Urk. 10) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 3. Oktober 2018 (Urk. 14) hielt dieser ebenso an seinen Anträgen fest wie die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 24. Januar 2019 (Urk. 20) an den ihren.

Am 28. Mai 2020 (siehe Protokoll Hauptverhandlung) wurde eine öffentliche Hauptverhandlung durchgeführt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

. Dezember 2014 abgesetzt

worden sei. Sowohl während des Reduzierens wie auch nach dem Absetzen

seien keine depressiven Symptome mehr aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei am 13. April 2015 nicht depressiv gewesen. In deutlicher Diskrepanz zu dieser Beschreibung stehe die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 22. Juli 2016, dass nämlich nach

Absetzen der Medikation im Winter 2014/2015 Symptome der depressiven Störung wieder verstärkt aufgetreten seien mit Unruhe, massiven Selbstvorwürfen, Negativität, Gefühl der Gefühllosigkeit, formalen und inhaltlichen Denkstörungen und dem

imperativen Drang, dem Allem ein Ende zu setzen. Suizidabsichten habe er explizit seiner damaligen Partnerin gegenüber nach der Scheidung im März 2015 und der

Aufgabe seiner eigenen kleinen Wohnung im April 2015 bekundet. Allerdings müsste darauf hingewiesen werden, dass diese Schilderungen allein auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen, und vor allem diese Aussagen des Beschwerdeführers ein

Jahr nach dem Vorfall (Behandlungsbeginn am 7. April 2016) getätigt worden seien und diese Aussagen naturgemäss durch das schwere Trauma und seine schwerwiegenden Folgeerscheinungen mit völlig veränderter Lebenssituation überlagert sein dürften

und somit wenig aussagekräftig im Hinblick auf die Beurteilung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers im Vorfallszeitraum sein könnten. Es wäre zurückblickend zudem wenig nachvollziehbar, dass der Vorbehandler Dr. C. die

Reduktion der Antidepressiva Medikation (2014/2015) fortgesetzt hätte, obwohl sich der Zustand des Beschwerdeführers gleichzeitig verschlechtert hätte. Auch dem Bericht von Dr. med. D., Innere Medizin FMH, vom 16. November 2015 sei zu

entnehmen, dass zum Zeitpunkt des Suizidversuches keine gesicherte Geisteskrankheit und verwandte, schwere psychische Störung vorgelegen habe (allerdings würde aus dem Bericht nicht ersichtlich, wann Dr. D. den Beschwerdeführer letztmalig gesehen hatte). Der Beschwerdeführer selbst habe gegenüber der

Kantonspolizei Aargau (Bericht vom 20. Juni 2015) geschildert, er habe keine Zukunft mehr gesehen

und wäre deshalb

in einer Kurzschlussreaktion zum Bahnhof gefahren. Dort habe er nur wenige Minuten auf den nächsten Zug warten müssen, vor dem er sich dann

geworfen hätte. Zudem sei dem Bericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer einen

Zettel mit zwei Telefonnummern mit sich getragen habe, die man anrufen sollte. Dazu sei dem Konsilbericht vom 2. Februar 2015 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer eine

Nachricht verfasst habe mit der Bitte um Schuldenbegleichung an seine Schwester

sowie das Einsetzen der Kinder als Erbe. Diese Angaben sprechen dafür, dass der Beschwerdeführer im Vorfallszeitraum in der Lage gewesen sei, einen Entschluss zu fassen, zielgerichtet

zu handeln und auch die Auswirkungen des eigenen Handelns habe erkennen

und

daran denken können, dass nach seinem Suizid zwei Personen hätten verständigt

werden sollen. Gegen eine reine Impulshandlung spreche die Handlungskette, die

vom Entschluss bis zur suizidalen Handlung abgelaufen sei (Entschluss, Fahrt zum Bahnhof,

Zettel mit Telefonnummern, Handlungsanweisungen bezüglich Schuldenbegleichung und Erbe, Warten auf den Zug, suizidale Handlung), die in sich als logisch zu beurteilen sei

Folge man den Berichten, die nachträglich (nach der suizidalen Handlung) erstellt

worden seien, so ergebe sich auch hier kein klarer Hinweis auf eine schwere (psychotische) Depression im Vorfeld des Vorfalls. So seien nachträglich vorgelegten Konsilberichten

der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des E.____ vom 2. Mai 2015 (ff.) zunächst einmal die Verdachtsdiagnose auf ein multifaktorielles Delir

sowie einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome zu entnehmen. Der Beschwerdeführer habe sich am 3. Mai 2015 mit eingeschränktem Bewusstsein gezeigt, ein flüssiges Gespräch sei aufgrund einer Dysarthrie

und Somnolenz nicht führbar gewesen. Die (prä-)delirante Symptomatik sei dabei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des schweren Traumas zu

beurteilen. In Hinblick auf die depressive Störung sei im Bericht vom 2. Mai 2015

darauf hingewiesen worden, dass die Vitalparameter circa zwei Tage vor dem Suizidversuch im

Hinblick auf Appetit und Libido gut gewesen seien. Die Stimmung des Beschwerdeführers habe sich erneut verschlechtert nach Besuch seiner Herkunftsfamilie, dann sei es

jedoch vorübergehend zu einer sporadischen Stimmungsaufhellung bei fehlender

deutlicher depressiver Symptomatik (Appetit und Libido gut) gekommen. Zudem

sprächen auch die eingeholten Fremdauskünfte (Ex-Frau, zum damaligen Zeitpunkt

aktuelle Partnerin) dafür, dass eine durchgängig schwere, womöglich psychotische,

depressive Symptomatik nicht vorgelegen habe. Vielmehr sei dem Bericht vom 2. Mai 2015 zu entnehmen, dass die Ex-Ehefrau und damalige Partnerin den mutmaßlichen Willen

des Beschwerdeführers als lebensbejahend beschrieben gehabt habe (noch nie zuvor einen Suizidversuch

begangen), dies trotz schwankender depressiver Symptomatik in den letzten

Wochen und Monaten. Eine schwergradig ausgeprägte depressive Symptomatik lasse sich auch aus den fremdanamnestischen Angaben nicht zuverlässig ableiten.

Zusammenfassend sei aus psychiatrischer Sicht angesichts der vorliegenden Berichte

von Dr. C.____, der fremdanamnestischen Angaben (indirekt entnommen

dem Konsilbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des E.____ vom 2. Mai 2015), der aus dem Verhalten des Beschwerdeführers

im unmittelbaren

Vorfallszeitraum abzuleitenden Fähigkeit zur Entschlussfassung, der Fähigkeit

des Beschwerdeführers die Auswirkungen seines eigenen Handelns zu erkennen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen (Finalitätsprüfung zum Beispiel Handlungsanweisung bezüglich Schuldenbegleichung und Erbe) über wie gend wahrscheinlich davon auszugehen, dass im Vorfallszentrum die Fähigkeit des Beschwerdeführers, vernunftgemäss zu

handeln, nicht gänzlich aufgehoben gewesen sei. 4. 4.1 Unzweifelhaft ist, dass der Beschwerdeführer durch eine Beziehungsproblematik

nach Scheidung am 5. März 2015 im Zeitraum vor dem Selbsttötungsversuch belastet war und infolge einer psychiatrischen Erkrankung seit März 2012 bei Dr. C.____

in Behandlung war (E. 3). Daraus kann jedoch nicht auf eine volle Urteilsunfähigkeit im Tatzeitpunkt geschlossen werden. In den Akten sind gestützt auf die Berichte von Dr. C.____ und Dr. A.____ keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer die Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers gänzlich aufhebenden schwerwiegenden psychopathologischen Symptomatik auszumachen. Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers verneinte auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin, dass es Hinweise auf eine psychotische Symptomatik (im engeren Sinn) gegeben habe (Urk. 11/2/38 f., Urk. 11/2/43, Urk. 11/3). Auch Hinweise auf eine Geisteskrankheit finden sich zu keinem Zeitpunkt. Vielmehr wies Dr. C.____ in seinen Berichten vom 5. Februar (Urk. 11/2/39) und 29. November 2016 (Urk. 11/2/43) darauf hin, dass die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), im Zeitpunkt der letzten Behandlung am 13. April 2015 remittiert war und sowohl während dem Reduzieren als auch nach dem Absetzen des Antidepressivums Cymbalta am 11. Dezember 2014 keine depressiven Symptome mehr auftraten. 4.2 Alsdann ist aufgrund der Handlungsweise des Beschwerdeführers bei der versuchten Selbsttötung davon auszugehen, dass selbst eine allfällige psychische Beeinträchtigung weiterhin eine bewusste gesteuerte und willentliche Handlung zugelassen hätte. Namentlich geht aus dem Bericht der Kantonspolizei des Kantons Aargau vom 20. Juni 2015 (Urk. 11/5) hervor, dass der Beschwerdeführer mit dem Auto zum Bahnhof Z.____ fuhr, dort einige Minuten auf den nächsten Zug wartete (S. 4), am Perron des Bahnhofes in die Hocke ging und dann wie bei einem Kopfsprung ins Wasser vor den einfahrenden Zug sprang. Nach Bergung des Beschwerdeführers konnte zudem eine blaue Sichtmappe mit einem Couvert darin, auf welches er die Telefonnummern seiner geschiedenen Frau sowie seiner neuen Lebenspartnerin notiert hatte, sichergestellt werden (S. 3). Aufgrund der gesamten Tatumstände mangelte es dem Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt folglich – wie Dr. A.____ schlüssig erläutert (E. 3.2) – nicht gänzlich an der Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln.

So verlangen das Notieren von Telefonnummern eine planerische Voraussicht, das unfallfreie Autofahren erhöhte koordinative Fähigkeiten sowie das minutenlange Warten auf einen einfahrenden Zug einen gefestigten Willen zur Umsetzung eines Vorhabens. Dass der Beschwerdeführer den Bahnhof Z.____

mit anderer Absicht aufsuchte, als zur Selbsttötung, macht der Beschwerdeführer weder geltend, noch finden sich Anhaltspunkte hierfür in den Akten. Zu keinem anderen Ergebnis führt der Umstand, dass der Suizidversuch nicht von langer Hand geplant war (Kurzschlussreaktion; Urk. 11/5 S. 4). Ob die Tat ohne Wissen und Willen erfolgte, ist – wie bereits erwähnt (vgl. E. 1.4) – nicht entscheidend; denn eine Absicht, und sei es auch

nur in Form eines völlig unreflektierten, dumpfen Willensimpulses, ist festzustellen. Aufgrund der Vorgehensweise des Beschwerdeführers bei der versuchten Selbsttötung ist weiterhin davon auszugehen, dass ein noch in gewissem Masse vernunftgemässes (wenn auch unverhältnismässiges) und willentliches Handeln wahrscheinlicher war, als eine gänzlich durch übermächtige Triebe gesteuerte Suizidhandlung.

Vor diesem Hintergrund und insbesondere angesichts der beschriebenen Vorgehensweise des Beschwerdeführers beim Suizidversuch ist auch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin hinsichtlich des reinen Aktengutachtens nicht zu beanstanden. Wie Dr. A. ___ zutreffend festhielt (E. 3.2), liegen zur psychischen Befindlichkeit des Beschwerdeführers nur spärliche Befunde vor. Die letzte Behandlung bei Dr. C. ___ fand am 13. April 2015 statt, wobei eine Remission der psychischen Problematik resultierte (Urk. 11/2/43). Daraus erhellt, dass die Feststellungen Dr. B. ___s, nach Absetzen der Medikation im Winter 2014/2015 seien die Symptome der depressiven Störung wieder verstärkt aufgetreten (Bericht vom 22. Juli 2016; Urk. 3/8 S. 1), ausschliesslich auf den nachträglichen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen. Aus eigener Wahrnehmung kann das Gesagte nicht stammen, behandelt er den Beschwerdeführer doch erst seit 7. April 2016. Inwiefern eine direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeführer am medizinischen Sachverhalt etwas zu ändern vermöchte, ist nicht erkennbar. Demnach ging es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden Sachverhaltes und es besteht kein Anlass für die Einholung eines auf persönlicher Exploration des Beschwerdeführers basierenden Gutachtens (Urteil des Bundesgericht 8C_496/2008 vom 17. April 2009 E. 6.2, mit Hinweisen). Da mit vermag Dr. B. ___ keine objektiven Anhaltspunkte, das heisst Umstände, welche nicht einzig auf den im Nachgang an das Ereignis vom 30. April 2015 subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers beruhen, welche Gegenteiliges nahelegen, darzutun. 4.3

Nach dem Gesagten ist der fragliche Selbsttötungsversuch vom 30. April 2015 nach der geltenden Praxis nicht als Unfallereignis einzustufen, da die Fähigkeit des Beschwerdeführers, vernunftgemäss zu handeln, im Tatzeitpunkt nicht überwiegend wahrscheinlich gänzlich aufgehoben war. Damit entfällt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Wagner - Rechtsanwalt Oskar Müller - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubFrischknecht

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