

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00281 vom 8. Januar 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00281

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00281 du 8 janvier 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00281 del 8 gennaio 2022

Erwägungen

E. 1

Oktober 2018, dass sie für das Ereignis vom

Juni 2018 nicht leistungspflichtig sei, da es sich dabei um einen Suizid gehandelt habe und keine Hinweise darauf bestünden, dass der Versicherte den Suizid im Zustand der Urteils unfähigkeit begangen habe (Urk.

11/K17).

Mit E ingabe vom 1 0.

Dezember 2018 liess die Witwe des Versicherten Einsprache erheben und zur Klärung der Frage der Urteils unfähigkeit den Beizug der Unter lagen über die ärztliche Behandlung des Versicherten in der Zeit vor dem Ereignis vom ... Juni 2018 beantragen (Urk.

11/K20).

E. 1.1

Gemäss Art.

6 Abs.

1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Ein Unfall ist in Art.

4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozial versicherungsrechts (ATSG) definiert als eine plötzliche, nicht beabsichtigte sc hä digende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschl ichen Körper, die eine Beeinträchti gung der körperlichen, geistigen oder psychi schen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Stirbt die versicherte Person an den Folgen des Unfalles , so haben der über le bende Ehe gatte und die Kinder gemäss Art.

28 UVG Anspruch auf Hinterlassen enrenten .

E. 1.2

Hat die v ersicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich her bei geführt, so besteht nach Art.

37 Abs.

1 UVG kein Anspruch auf Versicherungs leistungen, mit Ausnahme der Be stattungskosten.

Im Sinne einer Ausnahme findet die Ausschlussregelung in Art.

37 Abs.

1 UVG gemäss Art.

48 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV)

dann keine Anwendung, wenn die versicherte Person, die sich nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln wollte, zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunft gemäss zu handeln. Der Suizid oder Suizidversuch, der im Zustand der vollständigen Urteilsunfähigkeit begangen wird, ist demnach einem Unfallereignis gleichgestellt, sofern das Ereignis im Übrigen die Kriterien des Unfallbegriffs erfüllt. Demgegenüber sind Suizide oder Suizidversuche, die im Zustand einer lediglich verminderten Urteilsfähigkeit verübt werden,

vom Auschlussstatbestand der absichtlichen Selbstschädigung im Sinne von Art.

37 Abs.

1 UVG nicht ausgenommen (vgl. BGE 140 V 220 E. 3.3, 129 V 95 E. 3.1).

E. 1.3

Die Beweislast für den Nachweis der Urteilsunfähigkeit bei Suizid oder Suizidversuch liegt bei der Leistungsansprechenden Person. Sie trägt die Folgen der Beweislosigkeit, wenn es im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nicht möglich ist, einen Sachverhalt zu ermitteln, der mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (Urteil des Bundesgerichts 8C_359/2021 vom 7.

Juli 2021 E. 3.5 mit Hinweisen).

Urteilsunfähigkeit im Sinne von Art.

48 UVV, definiert als die gänzlich e Unfähigkeit, vernunft gemäss zu handeln, liegt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht bereits dann vor, wenn die betroffene Person ihre Lage krankheitsbedingt lediglich einseitig und eingeengt auf den Ausweg des Suizides einschätzt, sondern erst dann, wenn die Fähigkeit der betroffenen Person, ihr Handeln hinsichtlich des Suizides vernunftmässig zu steuern und den Suizid mit vernunftmässigem Handeln zu vermeiden,

durch eine psychopathologische Symptomatik vollständig aufgehoben ist. Als Erscheinungsformen der Psychopathologie, die für diese Auswirkung in Betracht kommen, nennt das Bundesgericht im Sinne von Beispielen einen Wahn, Sinnestäuschungen, einen depressiven Stupor (einen plötzlichen Erregungszustand mit Selbsttötungstendenz) und einen Raptus (einen plötzlichen Erregungszustand als Symptom einer seelischen Störung); das Gericht spricht von übermächtigen Trieben, welche die Suizidhandlung steuern, und stellt diese in einen Gegensatz zur Fähigkeit der betroffenen Person, noch in erheblichem Masse vernunftgemäss und willentlich zu handeln (Urteile des Bundesgerichts 8C_359/2021 vom 7.

Juli 2021 E. 2.3 und E. 2.4 und 8C_496/2008 vom 17.

April 2009 E. 2.3, je mit Hinweisen). 2.

Aus den Akten der Staatsanwaltschaft A.____ geht hervor, dass der Versicherte am ... nachmittag des ...

Juni 2018 in der Nähe des Bahnhofs G.____ das Gelände einer Brücke überstieg, die über ein Bahngleise führt, auf einen herannahenden Zug sprang und infolge des Aufpralls noch vor Ort verstarb. Dieser Sachverhalt ist namentlich durch die Polizeiprotokolle dokumentiert (Urk.

11/A10) und ist nicht umstritten. Fest steht auch , dass der Sprung auf den Zug eine suizidale Handlung gewesen war. Auch dies ist nicht umstritten; die Staatsanwaltschaft A.____

hielt in ihrer Einstellungsverfügung vom 5.

November 2018 fest, dass die Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte für ein strafrechtlich relevantes Verhalten beim Tod des Versicherten ergeben hätten (Urk.

10/A16), und einen unwillentlichen Sturz

konnten die polizeilichen Erhebungen ebenfalls ausschliessen (vgl. auch die Bemerkung von Dr. E.____ in der Stellungnahme vom 27.

Juni 2021, Urk.

42/2 S. 4).

Der Versicherte hat somit den Tod unbestrittenermassen absichtlich im Sinne von Art.

37 Abs.

1 UVG herbeigeführt. Während die Beschwerdegegnerin deshalb ihre Leistungspflicht mit Ausnahme der Übernahme der Bestattungskosten verneint, stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei gestützt auf die Ausnahmebestimmung in Art.

48 UVV gegeben. Nachfolgend zu prüfen ist daher, ob der Versicherte beim Sprung vor den Zug im Sinne dieser Bestimmung gänzlich unfähig gewesen war, vernunft gemäss zu handeln. 3. 3.1

Der Hausarzt Dr.

F.____

trug anlässlich einer Konsultation vom 20.

November 2017 in die Krankengeschichte ein, dass der Versicherte von Termindruck und Übererzeiten berichtet habe, und äusserte die Vermutung eines Burnouts, wie es schon im Jahr 2007 einmal aufgetreten sei (Urk.

35/1 S. 3). Anlässlich von zwei weiteren Konsultationen vom 1.

und vom 4.

Dezember 2017 registrierte Dr.

F.____ sodann gewisse paranoide Züge, indem der Versicherte verschiedene Gesprächssituationen verkannt, Tonwahrnehmungen überinterpretiert , Stimmen gehört und sich durch mobile Daten gestört gefühlt habe (Urk.

35/1 S. 2). Dieser Zustand führte am 4.

Dezember 2017 zum Eintritt in die Klinik der B.____ AG , wo der Versicherte bis zum 21.

Dezember 2017 stationär behandelt wurde. Der Oberarzt Dr.

med. H. ___ und die Stationsärztin med. pract. I. ___ nahmen im Gespräch mit dem Versicherten ebenfalls bestimmte Verfolgungsideen wahr, namentlich gegenüber Computern und Mobiltelefonen sowie auch gegenüber der Arbeitgeberin, und nannten im Austrittsbericht vom 28.

Dezember 2017 die Diagnose einer akuten polymorphen psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation [ICD-10]) mit der Zusatzdiagnose von Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Ausgebrannt sein ; ICD-10 Z73) ; ausserdem beobachteten sie teilweise zwanghafte Verhaltensweisen (Urk.

11/M1/3 S. 1 und S. 3). Sie hielten jedoch fest, der Versicherte habe sich von Eigen- und Fremdgefährdung distanziert, und vermerkten - dies im Einklang mit den Beobachtungen in der Pflegedokumentation (Urk.

11/M3/3 S. 4) - , dass sie ihn hinsichtlich der psychotischen Störung in weitgehend remittiertem Zustand hätten entlassen können (Urk.

11/M1 /3 S. 3). Allerdings empfahlen sie, dass der Versicherte das antipsychotische Medikament Olanzapin (Handelsname Zyprexa) während mindestens eines Jahres weiter einnehme und er die ambulante Behandlung bei Dr.

C. ___ , den er bereits vor dem Klinikeintritt zweimal aufgesucht hatte (vgl. Urk.

11/M1/3 S. 1), fortführe (Urk.

11/M1/3 S. 3). 3.2

Zum Verlauf nach dem ersten Klinikaufenthalt führte Dr.

C. ___ im Bericht vom 8.

Mai 2019 aus, im Zuge der regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei ihm sei eine einschleichende Reintegration in den Arbeitsprozess bei der bisherigen Arbeitgeberin möglich geworden, eine geplante Steigerung des Pensums von 40

% auf 50

% habe sich dann aber als sehr schwierig erwiesen und Ängste, Panik, sorgenvolles Misstrauen, Schlafstörungen und lebensmüde Gedanken hätten derart zugenommen, dass am ...

Juni 2018 die erneute Einweisung in die Klinik der B. ___

AG notwendig geworden sei (Urk.

11/M2). 3. 3

Dieser Aufenthalt wurde durch den Suizid des Versicherten am ...

Juni 2018 beendet. Im Austrittsbericht vom 2.

Juli 2018 hielten wiederum Dr.

H. ___ und med. pract. I.

I. ___ fest, beim Eintritt hätten sich keine psychotischen Symptome gezeigt, hingegen ein ängstliches Zustandsbild sowie ein leichtgradiges Depressionsbild, und der Versicherte

habe berichtet, in letzter Zeit immer wieder lebens müde Gedanken gehabt zu haben, habe solche Gedanken aktuell aber verneint und zugesichert, er werde sich melden, wenn sie wieder auftreten sollten (Urk.

11/M1/2 S. 1 und S. 2). Im Laufe des Aufenthaltes nahm der Versicherte gemäss dem Austrittsbericht zuverlässig am multimodalen Therapieprogramm teil; hingegen vermochten die Fachpersonen dem Bericht zufolge in den Einzel gesprächen nicht zum Kern der Ängste des Versicherten durchzudringen, sodass letztlich alles etwas diffus geblieben sei. Weiter hielten die Berichterstatter fest, der Versicherte habe sich nicht für die vorgeschlagene

Intensivierung der medikamentösen Therapie (Erhöhung der Dosis des nach wie vor eingenommenen Olanzapin, Versuche mit Pregabalin und Trimipramin) entscheiden können. So dann berichteten sie, entsprechend dem Wunsch des Versicherten sei schliesslich der Austritt und der Übertritt in die anthroposophische Klinik J.____ in die Wege geleitet worden, wobei der Versicherte auf Vorschläge, zum Abschluss der Behandlung ein Paar-/Familiengespräch durchzuführen, und auf Hinweise zum Vorgehen bei der Anmeldung bei der Invalidenversicherung mit gesteigerter Nervosität reagiert habe (Urk.

11/M1/2 S. 2 f.). Als Diagnose führten die medizinischen Fachpersonen nunmehr eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit der Zusatzdiagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen (anankastisch, ängstlich vermeidend; ICD-10 Z73.1) auf (Urk.

11/M1/2 S. 1).

Zu den Umständen in der Zeit unmittelbar vor dem Suizid am ... , dem ...

Juni 2018, findet sich im Austrittsbericht lediglich der Hinweis, der Versicherte habe sich beim Antritt des Tagesurlaubs am ... freundlich und im Verhalten unauffällig gezeigt, sei am ... wieder in den Tagesurlaub gegangen und sei zuletzt am lokalen Busbahnhof gesehen worden (Urk.

11/M1/2 S.

3).

Näheres findet sich hingegen in der Pflegedokumentation, welche die Beschwerdegegnerin beigezogen hat (Urk.

11/M3), und zusätzlich in den von Dr.

F.____ zusammengestellten Eintragungen des Gesamtverlaufs, die neben den Eintragungen der Pflege auch diejenigen der Ärztin und des Arztes, des Sozialdienstes und der Ergotherapeutin enthalten (Urk.

35/5/2 -4 und Urk.

35/6/3). Darin ist protokolliert, dass sich der Versicherte am ... , dem

Juni 2018, ins Wochenende verabschiedet und seine Rückkehr für den ... morgen angekündigt habe, dass er jedoch bereits am ... abend

zurückgekehrt sei und als Grund dafür die Befürchtung angegeben habe, er und seine Frau könnten sich beim Schlafen stören, dass er im Übrigen jedoch berichtet habe, zusammen mit den Kindern einen schönen Tag verbracht zu haben (Urk.

11/M3/2 S. 4, Urk.

35/5/4 S. 3, Urk.

35/6/3 S. 2). Am ...

Juni 2018 sodann hielt eine Fachperson der Pflege nach Erhalt der Nachricht des Suizides fest, der Versicherte habe am Morgen nicht verändert gewirkt, sondern vielmehr freundlich und angepasst wie üblich, er sei bereits am Vormittag draussen gewesen und zum Mittagessen zurückgekommen, und er habe keine besorgten oder suizidalen Äusserungen gemacht (Urk.

11/M3/2 S. 4). Ferner wies dieselbe Pflegerin in einer nachfolgenden, etwa zehn Minuten später erstellten Notiz darauf hin, dass das Tagebuch des Versicherten offen auf dem Schreibtisch im Zimmer liegend gefunden worden sei und der Versicherte darin niedergeschrieben habe, er könne nicht mehr so weiterleben (Urk.

11/M3/2 S. 3). Diese Tagebuchseite ist auch den Akten bei gefügt worden (Urk.

11/A3). 4. 4.1

Dr.

D. ___ fasste in seiner Aktenbeurteilung vom 16.

Juni 2019 zunächst ausführlich die medizinischen sowie auch die polizeilichen Akten zusammen (Urk.

11/M4 S. 3-15) und ging danach direkt zur - knappen - Beantwortung der drei Fragen über, welche die Beschwerdegegnerin ihm unterbreitet hatte (Urk.

11/M4 S. 16-19).

Die erste Frage nach der Diagnose beantwortete Dr.

D. ___ mit der Wiedergabe der Diagnosen, welche die Klinik der B. ___ AG in den Austrittsberichten vom 28.

Dezember 2017 und vom 2.

Juli 2018 gestellt hatte, also wie dargelegt der Diagnose einer akuten polymorphen psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) anlässlich der ersten und der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) anlässlich der zweiten Hospitalisation (Urk.

11/M1/3 S. 1 und Urk.

11/M1/2 S. 1). Die beiden weiteren Fragen lehnen sich in ihrem Wortlaut an die Formulierungsblöcke der Bundesgerichtlichen Rechtsprechung an (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C_359/2021 vom 7.

Juli 2021 E. 2.3 und 8C_496/2008 vom 17.

April 2009 E. 2.3). Die Frage, ob der Versicherte im Zeitpunkt der suizidalen Handlung «mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zustand der vollständigen Urteilsunfähigkeit an einer Geisteskrankheit, einer Geistesschwäche oder einer schweren Störung des Bewusstseins (psychopathologische Symptome wie Wahn, Sinnestäuschungen, depressiver Stupor [plötzlicher Erregungszustand mit Selbsttötungstendenz], Raptus [plötzlicher Erregungszustand als Symptom einer seelischen Störung] u.a.m.)» gelitten

habe, beantwortete Dr.

D.____ mit Nein und führte zur Begründung aus, es habe überwiegend wahrscheinlich eine ängstlich-depressive Symptomatik bestanden, und hieraus habe keine vollständige Urteilsunfähigkeit resultiert, sondern unter Einbezug der handschriftlichen Notizen im aufgefundenen Tagebucheintrag sei von einem sogenannten Bilanzsuizid auszugehen (Urk.

E. 6

Juni 2019 vorlegte (Urk.

11/M4).

Nachdem der Rechtsvertreter von

X.____ von der Gelegenheit zur Stellungnahme zur Aktenbeurteilung von Dr.

D.____ keinen Gebrauch gemacht hatte (vgl. die Korrespondenz in Urk.

11/K31-K35), wies die HDI Global SE die Einsprache mit Entscheidung vom 11.

Oktober 2019 ab (Urk.

2 = Urk.

11/K36). 2.

Gegen den Einspracheentscheid

vom 11.

Oktober liess X.____ durch Rechtsanwalt Peter M. Saurer mit Eingabe vom 1

E. 9

Dezember 2021 mitgeteilt wurde (Urk.

48). Im Rahmen der Aktenrückgabe liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 22.

Dezember 2021 den Verzicht auf eine weitere Stellungnahme erklären (Urk.

49).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

/M3/3 S. 5-7), welche die Fachpersonen in eine mögliche Verbindung mit der Psychose gebracht hatten (Urk.

11/M1/3 S. 3). Wie Dr. E.____ indessen in der Beurteilung vom 30.

November 2019 und in der zusätzlichen Stellungnahme vom 27.

Juni 2021 einleuchtend bemerkte (vgl. Urk.

11/M6/1 S.

4 und Urk.

42/2 S. 3 und S.

67), finden sich in den Dokumentationen zum zweiten Klinikaufenthalt, anders als in den Dokumentationen zum ersten Aufenthalt, keine Hinweise, die auf den Fortbestand eines

psychosenahen Zustandsbildes hingedeutet hätten. Vielmehr be kundeten die Fachpersonen explizit, beim Eintritt des Versicherten keine psychotischen Symptome, sondern ein ängstliches Zustandsbild festgestellt zu haben (Urk.

11/M1/2 S. 1 , Urk.

35/5/3 S. 1) , und auch in den Aufzeichnungen über den weiteren Verlauf des Aufenthaltes wurden keine psychotischen Symptome vermerkt oder solche ausdrücklich verneint (vgl. Urk.

11/M3/2 S. 5 sowie Urk.

35/5/4 und Urk.

35/6/3). Damit kann Dr. E.____ darin gefolgt werden, dass während des zweiten Klinikaufenthaltes psychotische Symptome zumindest weitgehend fehlten . Zu Recht wies Dr. E.____ dabei auch darauf hin, dass die nunmehr abweichende Diagnose von denselben Ärzten gestellt worden war, die den Versicherten schon während des ersten Aufenthaltes behandelt und die damalige Diagnose formuliert hatten (Urk.

11/M6/1 S. 4); dies deutet hinsichtlich der psychotischen Symptomatik auf eine gesundheitliche Veränderung und nicht lediglich auf eine abweichende medizinische Beurteilung hin . Unter diesen Umständen ist auch die Tatsache nicht

diagnoserelevant, dass der Versicherte gemäss dem Hinweis in der Beschwerdeschrift (Urk.

1 S. 3) wiederum in der auf Psychosen spezialisierten Station untergebracht war (vgl. Urk.

11/M1/2 S. 2). Ebenfalls nicht entscheidend ist entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk.

1 S. 3), dass der Versicherte nicht mit Antidepressiva behandelt worden war. Denn wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort bemerkte (Urk.

10 S. 10 f.) und wie auch Dr. E.____ registrierte (Urk.

11/M6/1 S. 4), war dem Versicherten eine solche Medikation angeboten worden, er hatte sich jedoch dagegen ausgesprochen (Urk.

11/M1/2 S.

2) . 4.2.4

Damit erscheint es entsprechend den Folgerungen von Dr. E.____ (vgl. Urk .

11/M6 /1 S. 5)

nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass der Versicherte den Suizid in einem akuten psychotischen Zustand begangen hatte . Daran ändern in Abweichung von der Sichtweise der Beschwerdeführerin (Urk.

18 und Urk.

34) auch die Ausführungen von Dr.

F.____ in seinem Schreiben vom 30.

August 2020 nichts, wonach der Versicherte vor dem Krankheitsausbruch nicht suizidal gewesen sei und sich auch während der Krankheitsdauer von Suizidalität distanziert habe (

Urk.

19/2). Denn aus dem Umstand, dass der Suizid nicht erwartet worden und schwierig zu verstehen gewesen war, lässt sich nicht zwangsläufig schliessen, dass der Versicherte in einem akuten Zustand der gänzlichen Urteilsunfähigkeit gehandelt hatte. Dr. E. ___ wies in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeit hin, eine Suizidgefährdung abzuklären und richtig einzuschätzen (Urk.

42/2 S. 5), was zeigt, dass ein unerwarteter Suizid nicht gezwungenermassen mit einem akuten, plötzlichen Ausnahmezustand einhergeht.

Daher erlaubt entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk.

1 S. 4) auch die Wahl des Zeitpunktes des Suizides für sich allein keinen Schluss auf den Gemütszustand im fraglichen Moment; der Beschwerdegegnerin ist in dieser Hinsicht zuzustimmen (vgl. Urk.

10 S. 11).

Im Übrigen gab Dr. E. ___ in seiner Stellungnahme vom 27.

Juni 2021 richtigerweise zu bedenken, dass suizidale Gedanken im Rahmen des zweiten Klinikaufenthaltes durchaus Teil der Symptomatik gewesen waren (vgl. Urk.

42/2 S. 3 f.), wenn sie auch von den zuständigen Fachpersonen nicht als gefährdend eingestuft worden waren. 4.2.5

Gemäss der Beurteilung von Dr. E. ___ sind es in erster Linie psychotische Zustandsbilder, die eine gänzliche Unfähigkeit, vernunftgemäss zu handeln, im Sinne von Art.

48 UVV zur Folge haben können (vgl. Urk.

11/M6/1 S. 2). Dr. E. ___ machte daher, wie schon Dr.

D. ___, die Frage nach einer psychotischen Symptomatik im Zeitpunkt des Suizides zum Schwerpunkt seiner Ausführungen. Er unterliess es jedoch nicht, auch die Frage nach anderweitigen Zuständen zu stellen, die eine vergleichbare Auswirkung haben könnten, und verneinte dabei anamnestische Hinweise auf ein raptusartiges Verhalten und auf handlungsrelevante Panikzustände. Zusammenfassend kam er deshalb zum Schluss, als erkennbarer Grund für den Suizid verbleibe eine reaktive Erschütterung mit ängstlich-depressiver Gemütsstimmung im Zusammenhang mit einer beruflich-persönlich-zwischenmenschlichen Problematik, woraus vermutlich eine vernunftferne Einschätzung der Situation und eine erhebliche Einengung des Denkens und Erl ebens entstanden seien; trotz dieser situativen Einengung habe jedoch keine psychopathologische Alteration vorgelegen, aus der eine vollständige Urteilsunfähigkeit im Sinne der versicherungspsychiatrischen Voraussetzungen abzuleiten wäre (Urk.

11/M6/1 S. 5). Darin hielt er in der zusätzlichen Stellungnahme vom 27.

Juni 2021 auch nach Kenntnisnahme der neu hinzugekommenen medizinischen Unterlagen fest (Urk.

42/2 S. 7).

Diese Schlussfolgerung von Dr. E. ___ wurde nach dem vorstehend Dargelegten eingehend und nachvollziehbar begründet, und es kann daher auf sie abgestellt werden. Ein zusätzlicher Hinweis für deren Richtigkeit ist

der Tagebucheintrag, den der Versicherte kurz vor der suizidalen Handlung verfasst haben muss und in dem er auflistete, welche Umstände ihn behinderten (Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit, Blockierung, Müdigkeit und Schlaflosigkeit), sowie festhielt, er sei am Ende und könne nicht weiter so leben (Urk.

11/A3). Die Beurteilung von Dr. E.____

führt somit zum Ergebnis, dass der V ersicherte zur Zeit des Suizides zwar sehr wohl auf diesen Ausweg eingengt und dadurch in seiner Urteils f ähigkeit beeinträchtigt war, dass aber seine Fähigkeit, sein Handeln vernunft mässig zu steuern, durch die psychopathologische Symptomatik nicht vollständig aufgehoben war, wie es die Rechtsprechung für die Anwendbarkeit der Aus nahmebestimmung in Art.

48 UVV verlangt.

5.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin es damit zu Recht abgelehnt, für die Folgen des Suizidereignisses vom ...

Juni 2018 weitergehende Leistungen zu erbringen. 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 Peter M. Saurer - Rechtsanwalt Martin Bürkle unter Beilage einer Kopie von Urk.

49 - 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 Bundes gesetzes 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 1 5.

Juli bis und mit 1 5.

August sowie vom 1 8.

Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art.

46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Die VorsitzendeDie
Gerichtsschreiberin FehrKobel

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