

200 18 598 UV bis
200 18 600 UV (3)
JAP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Februar 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____

Beschwerdeführer 1

B. _____

Beschwerdeführerin 2

C. _____

Beschwerdeführer 3

alle vertreten durch Rechtsanwalt D. _____

gegen

Visana Versicherungen AG

Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15

Beschwerdegegnerin

betreffend

E. _____ **sel.**

betreffend Einspracheentscheid vom 17. August 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene E._____ sel. (Versicherte) arbeitete seit 1998 mit einem Teilzeitpensum für die F._____ (Arbeitgeberin) und war in dieser Eigenschaft bei der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (Akten der Visana [act. II] 5). Am ... 2015 beging die Versicherte Suizid (act. II 3). Nachdem die Visana zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit der Versicherten zum Unfallzeitpunkt durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten erstellen lassen (forensisch-psychiatrisches Gutachten vom 11. Mai 2016; act. II 44), lehnte sie mit Verfügung vom 9. Juni 2016 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Bestattungskosten ab. Zur Begründung führte sie aus, eine Einschränkung der Urteilsfähigkeit infolge der anamnestisch beschriebenen depressiven Symptomatik habe nicht festgestellt werden können; zudem lägen keine Hinweise, welche die vollständige Aufhebung der Urteilsfähigkeit vor der suizidalen Handlung begründen würde, vor (act. II 47). Hiergegen erhob der Ehemann der Versicherten, A._____ (Ehemann bzw. Beschwerdeführer 1), am 29. Juni 2016 Einsprache und liess eine Stellungnahme von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Juni 2016 einreichen (act. II 50 f.). Im Rahmen des Einspracheverfahrens unterbreitete die Visana die Einsprache sowie die medizinische Stellungnahme dem Gutachter Dr. med. G._____ (Stellungnahme vom 27. März 2017; act. II 66). Nach einem Schriftenwechsel zwischen der Visana und dem Ehemann (act. II 67 f., 70) teilte Erstere Letzterem mit, sie beabsichtige die Angehörigen der Versicherten durch Dr. med. G._____ befragen zu lassen (act. II 71). Daran hielt die Visana – nachdem der Ehemann Einwände gegen den beauftragten Gutachter sowie zwei Gegenvorschläge hatte vorbringen lassen (act. II 72-74), mit Zwischenverfügung vom 8. August 2017 fest (act. II 75). Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 76) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 1. Februar 2018, UV/2017/798-800, ab (act. II 77). In der Folge erteilte die Visana Dr. med. G._____ den entsprechenden Gutachtensauftrag (act. II 79). Nachdem der Ehe-

mann zu dem am 17. Mai 2018 erstatteten versicherungspsychiatrischen Ergänzungsgutachten (act. II 90) eine Stellungnahme vom 6. Juni 2018 (inkl. Anmerkungen von Dr. med. H. _____ vom 4. Juni 2018) hatte einreichen lassen (act. II 92), wies die Visana mit Entscheid vom 17. August 2018 die Ende Juni 2016 erhobene Einsprache ab (act. II 93).

B.

Mit Eingabe vom 29. August 2018 haben A. _____ (Ehemann bzw. Beschwerdeführer 1), B. _____ (Beschwerdeführerin 2) und C. _____ (Beschwerdeführer 3) (Kinder der Versicherten), alle vertreten durch Rechtsanwalt D. _____, Beschwerde erhoben. Sie beantragen, der Einspracheentscheid vom 17. August 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, den Beschwerdeführenden im Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2015 (Suizid von Frau E. _____ sel.) die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG zu erbringen, namentlich Hinterlassenenrenten.

In der Beschwerdeantwort vom 2. November 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen, soweit darauf einzutreten sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer 1 ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). B._____ (Beschwerdeführerin 2) und C._____ (Beschwerdeführer 3) erhoben gegen die ursprüngliche Verfügung vom 9. Juni 2016 (act. II 47) nicht selbständig ein Rechtsmittel, sie nahmen jedoch am Zwischenverfahren teil (act. II 75-77) und sind Adressaten des angefochtenen Einspracheentscheids vom 17. August 2018 (act. II 93). Die Befugnis, dem kantonalen Versicherungsgericht eine Beschwerde einzureichen, setzt grundsätzlich keine durchgängige Beteiligung am vorangehenden Verfahren voraus (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 59 N. 12; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Januar 2016, 9C_595/2015, E. 3.1 f. mit Hinweisen). Die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin 2 und des Beschwerdeführers 3 ist jedenfalls aufgrund der materiellen Beschwerde ohne weiteres gegeben, hat doch der angefochtene Einspracheentscheid deren Anspruch auf Hinterlassenenrenten zum Gegenstand. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 17. August 2018 (act. II 93). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführenden auf Hinterlassenenrenten im Zusammenhang mit dem Suizid der Versicherten vom ... 2015.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist 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 ATSG).

2.3 Hat die versicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten (Art. 37 Abs. 1 UVG). Wollte sich die versicherte Person nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln, so findet Art. 37 Abs. 1 UVG 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).

2.4 Die leistungsansprechende Person muss, da sie das Vorliegen eines Unfalles zu beweisen hat, auch die Unfreiwilligkeit der Schädigung und bei Suizid oder -versuch die Urteilsunfähigkeit nach Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) 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 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 überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Entscheid des BGer vom 17. Juli 2012, 8C_271/2012, E. 3.3). 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 (BGer 8C_271/2012, E. 3.2.1).

2.5 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 bzw. kein Suizidversuch vor. Massgeblich ist einzig, ob im entscheidenden Moment jenes Minimum an Besinnungsfähigkeit zur kritischen, bewussten Steuerung der endothymenten (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 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 bloss "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 (Entscheid des BGer vom 17. April 2009, 8C_496/2008, E. 2.3).

3.

3.1 Im Zeitpunkt des Ereignisses vom ... 2015 stand die Versicherte in einem unbefristeten und ungekündigten Arbeitsverhältnis bei der F._____. Infolge Krankheit war der letzte effektive Arbeitstag bei der F._____ der 10. August 2015. Das besagte Ereignis trug sich während der Lohnfortzahlung zu (act. II 5, 15). Es bestehen Anhaltspunkte, wonach die Versicherte nebst der Teilzeitstelle bei der F._____ zumindest noch Ende 2014 zu 20 % beim Beschwerdeführer 1 angestellt und wohl auch Nichtberufsunfall versichert war (act. II 38 S. 2 und 16). Das zweite Arbeitsverhältnis bestand nach Angabe des Beschwerdeführers 1 im

Ereigniszeitpunkt aber nicht mehr (act. II 22), was in Anbetracht der Trennung im April 2015 (act. II 6 S. 1) zumindest plausibel erscheint. Weiterungen zur Frage der Leistungszuständigkeit (vgl. Art. 99 Abs. 2 UVV) erübrigen sich angesichts des Prozessausgangs.

3.2 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass es sich bei dem in Frage stehenden Ereignis vom ... 2015 um eine Selbsttötung handelte (act. II 3, 47, Beschwerde S. 3). Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob die Versicherte im Zeitpunkt des Suizids (ohne Verschulden) gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln (vgl. E. 2.3 hiavor).

Für dieses Ereignis ist in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. E. 2.1 hiavor), was sich im vorliegenden Fall indes nicht anspruchsrelevant auswirkt.

3.3 In medizinischer Hinsicht lassen sich zur zentralen Frage der Urteilsfähigkeit der Versicherten den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Dr. med. H. _____ diagnostizierte im Arzttest der Klinik I. _____ vom 4. Dezember 2015 zu Händen der J. _____ AG eine bipolare Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4; act. II 26 S. 3). Aufgrund des anamnestisch vorliegenden schweren Suizidversuchs vor einem Jahr müsse von einer grundsätzlich vorliegenden Suizidgefährdung ausgegangen werden. Ab Anfang/Mitte September habe sich eine kontinuierliche Besserung des Zustands gezeigt. Ende September habe sie selbständig Kontakt mit ihrem Arbeitgeber aufgenommen, um den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz zu planen. Es sei vereinbart worden, dass der Austritt aus der Klinik erst nach dem Arbeitsversuch stattfinden werde. Im psychotherapeutischen Einzelgespräch, das am Morgen des ... 2015 stattgefunden habe, habe der für den ... 2015 geplante Arbeitsbeginn im Zentrum gestanden. Die Patientin habe sich zuversichtlich, aber auch ein wenig angespannt gezeigt, dies wegen der nach wie vor vorhandenen Scham angesichts der erneuten Erkrankung. Ausserdem habe sie erneut die veränderte Lebenssituation, Pläne zum Umzug an ihren früheren Wohnort, um wieder in der Nähe ihrer Kinder zu leben und so den Kontakt

zu ihnen leichter aufrechterhalten zu können, thematisiert. Durchaus adäquat habe die Patientin ein schrittweises, nicht überstürztes Vorgehen geplant (act. II 26 S. 5). In einem Gespräch mit der pflegerischen Bezugsperson kurz nach dem Mittag habe sich die Patientin ebenso zuversichtlich und in stabilem Zustand gezeigt. Vor dem Hintergrund dieser positiven Entwicklung sei der plötzliche suizidale Einbruch am Nachmittag des ... 2015 völlig unerwartet und unverständlich. Allerdings seien auch die Begleitumstände des schweren Suizidversuchs im Sommer 2014 nie ausreichend zu erhellen gewesen. Dieser Hintergrund lege zusammen mit der Situation am Nachmittag des ... 2015 einen (erneuten), impulsiven, dranghaften suizidalen Organisationszustand nahe. Damit verbunden wäre eine rasch einsetzende, weitgehende Urteilsunfähigkeit, womit der Suizid der Patientin dem Unfallbegriff entspreche (act. II 26 S. 6).

3.3.2 Im forensisch-psychiatrischen Gutachten vom 11. Mai 2016 führte Dr. med. G. _____ aus, die Versicherte habe vor der suizidalen Handlung am ... 2015 an einer deutlichen/schweren depressiven Episode, mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer bipolaren Störung gelitten, jedoch ohne Hinweise auf eine psychotische Entwicklung. Im Rahmen der stationären Behandlung sei es zu einer eindeutigen Zustandsverbesserung mit Stimmungsaufhellung gekommen. Es werde der Versicherten eine psychische Stabilität attestiert, so dass Gespräche für den beruflichen Wiedereinstieg und auch für eine mögliche Entlassung aus der Klinik stattgefunden hätten. Anamnestisch sei von einer schwergradigen depressiven Störung auszugehen, wobei diese vor der suizidalen Handlung als remittiert zu beurteilen sei. Es sei weder eine anhaltende depressive Stimmung noch eine Antriebsminderung oder eine Einschränkung der Psychomotorik festgehalten. Formale oder inhaltliche Denkstörungen würden nicht mehr erwähnt. Es habe vor der suizidalen Handlung weder ein sozialer Rückzug noch ein depressiver (act. II 44 [Gutachten S. 6]) Stupor oder Nihilismus bestanden. Hinweise für Impulskontrollstörungen seien nicht erwähnt worden. Es seien weder Hinweise für eine akute Suizidalität noch die Symptome eines präsuizidalen Syndroms festgestellt worden. Bezüglich der Beurteilung der Urteilsfähigkeit könne aus gutachterlicher Sicht folgendes festgehalten werden: Das Störungsbild sei vor der suizidalen Handlung vom ... 2015 als remittiert zu sehen, womit das

Eingangskriterium für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit rein aus psychiatrischer Sicht nicht mehr als gegeben zu beurteilen sei (act. II 44 [Gutachten S. 7]). Weder vor dem Ereignis noch während dem gesamten Klinikaufenthalt habe es Hinweise gegeben, dass die Erkenntnisfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei. Die Versicherte sei mindestens seit Anfang ... 2015 und auch am Tag des Ereignisses in der Lage gewesen, rational zu urteilen und sich über die Tragweite und die Opportunität der infrage stehenden Handlungen, ein vernünftiges Urteil zu bilden. Dies werde auch anhand des Gesprächs am ... 2015 bei ihrem Therapeuten deutlich. Es seien vor dem suizidalen Ereignis auch keine psychotischen Symptome festzustellen gewesen. Die depressive Symptomatik sei bereits remittiert gewesen. Demzufolge könne eine raptusartige Entwicklung oder eine Impulskontrollstörung nicht mehr im Zusammenhang mit der anamnestisch beschriebenen depressiven Störung gesehen werden. Es sei auch in keiner Weise ersichtlich, dass die Versicherte vor dem suizidalen Ereignis erneut an akuten depressiven Symptomen gelitten haben könnte. Zudem spreche die Tatsache, dass die Versicherte vor dem Ereignis mehrgliedrige zielgerichtete Handlungen habe ausführen und sich in der gegebenen Umgebung habe orientieren können, gegen eine raptusartige Entwicklung oder gegen eine suizidale Handlung im Rahmen einer Impulskontrollstörung. Die Versicherte habe keine Bewegungsunruhe oder Verhaltensauffälligkeiten vor dem Ereignis gezeigt (act. II 44 [Gutachten S. 8]). Bei der Versicherten werde ersichtlich, dass sie in der Klinik, spätestens seit Anfang ... 2015 in Bezug auf ihre Fähigkeit zur Willensbildung in keiner Weise beeinträchtigt gewesen sei. Auch könnten keine Hinweise festgestellt werden, dass sie am ... 2015 in ihrer Willensfähigkeit beeinträchtigt gewesen sein sollte. Vor der suizidalen Handlung sei die Versicherte in der Lage gewesen, in der Klinik an verschiedenen Aktivitäten und Therapien teilzunehmen und auch bei Gesprächen, bei welchen es um ihre Zukunft gegangen sei, sich adäquat zu äussern und aktiv mitzuwirken. Auch bei den therapeutischen Gesprächen vom ... 2015 seien keinerlei Hinweise festgestellt worden, dass sie nicht in der Lage gewesen wäre, ihre Handlung gewillt selbst steuern zu können. Ein depressiver Stupor liege nicht vor und auch die Symptome eines präsuizidalen Syndroms seien vor dem Ereignis nicht erfüllt. Es lägen keinerlei Hinweise vor, welche die vollständige Aufhebung

der Urteilsfähigkeit vor der suizidalen Handlung begründen würden (act. II 44 [Gutachten S. 9]).

3.3.3 Am 17. Juni 2016 schrieb Dr. med. H._____ dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführenden, der Gutachter referiere die aktenkundigen Informationen korrekt, mit einer nicht ganz unbedeutenden Ausnahme: Im Verlauf sei hinsichtlich des depressiven Zustandsbild zwar eine Besserung und Stabilisierung festgehalten worden, keineswegs aber ausdrücklich eine Remission. Dies könne kaum aus dem geplanten Arbeitsversuch abgeleitet werden (act. II 51 S. 2). Die Indikatoren gegen eine freie Willensbildung (zufällige Mittel- und Ortswahl, keine Vorkehrungen gegen Entdeckung, harte Suizidmethode, kein Abschiedsbrief) könnten alleine keine Allgemeingültigkeit beanspruchen, wiesen aber doch in Richtung einer fehlenden freien Willensbestimmung. Folgende drei Aspekte sprächen bei der Patientin für einen suizidalen Ausnahmezustand: (1) Der Ablauf der unvermittelten Suizidhandlung selbst, wobei es wohl unerheblich sei, ob dieser Ausnahmezustand bereits vor/mit dem Weggang aus der Klinik oder erst auf dem ... eingesetzt habe. (2) Die kürzerfristige Ausgangslage einer gerade nicht remittierten Depression, verbunden mit keineswegs (act. II 51 S. 3) beseitigten Belastungen hinsichtlich Partnerschaft/Familie, erneuter affektiver Störungsepisode oder dem (wenn auch nur versuchsweisen) Arbeitseinstieg. (3) Insbesondere aber die schon längerfristige Ausgangslage bezüglich der Suizidanamnese der Patientin. Auch dem Suizidversuch 2014 habe eine analoge unvermittelte Heftigkeit angeeignet. Zusammenfassend sei an der Beurteilung festzuhalten, dass der Suizid in den Rahmen eines – erneuten – suizidalen Ausnahmezustands eingeordnet werden könne, für welchen keine Urteilsfähigkeit verfügbar sei (act. II 51 S. 4).

3.3.4 In der Stellungnahme vom 27. März 2017 erläuterte Dr. med. G._____, Anfangs/Mitte September 2015 sei eine kontinuierliche Besserung des Zustands festgehalten worden, was dafür spreche, dass zumindest die teilweise Remission der depressiven Störung bereits seit diesem Zeitpunkt auszumachen gewesen sei. Ab Ende September (2015) seien über keine anhaltenden depressiven Symptome berichtet worden,

auch beim Austrittsgespräch am ... 2015 seien keine Symptome einer anhaltenden depressiven Störung festgehalten worden. Es sei beschrieben worden, dass sich die Versicherte beim Einzelgespräch am ... 2015 zuversichtlich, aber auch ein wenig gespannt gezeigt habe, und sie in der Lage gewesen sei, Zukunftspläne schrittweise und nicht überstürzt zu planen, was für eine erhaltene Urteils- (act. II 66 [Stellungnahme S. 1]) und Handlungsfähigkeit spreche. Auch in einem Gespräch mit der pflegerischen Bezugsperson am Nachmittag habe sich die Patientin ebenso zuversichtlich und im stabilen Zustand gezeigt. Symptome, welche die Diagnose einer anhaltenden depressiven Episode gemäss ICD-10 begründen würden, seien nicht festgestellt worden (act. II 66 [Stellungnahme S. 2]). Nicht einmal alleine die Tatsache, dass die betroffene Person an einer schweren psychiatrischen Störung gelitten habe, reiche aus, um diese Person für die Dauer einer gesamten Hospitalisation oder Krankheitsdauer als urteilsunfähig zu beurteilen (act. II 66 [Stellungnahme S. 3]). Am ... 2015 habe die Versicherte von 13.30 bis 14.30 Uhr ein Gespräch mit ihrer Bezugsperson gehabt und sei aus psychiatrischer Sicht unauffällig beurteilt worden. Gestützt auf diese Informationen sei die Urteilsfähigkeit für diese Zeit erwiesen. Alleine die Begehung einer suizidalen Handlung begründe die Annahme einer schweren psychiatrischen Störung und dadurch auch die Annahme einer Urteilsunfähigkeit nicht (act. II 66 [Stellungnahme S. 4]). Die von der Versicherten dargelegten zielgerichteten Handlungsweisen vor dem suizidalen Ereignis, auch die Fähigkeit, dass sie in der Lage gewesen sei, ein adäquates Gespräch mit ihrem Therapeuten zu führen, sprächen gegen die Annahme einer Einschränkung der Willensbildung (act. II 66 [Stellungnahme S. 5]). Ein dissoziativer Zustand sei bei der Versicherten weder anamnestisch noch im Rahmen der letzten Hospitalisation festgestellt worden. Alleine die Tatsache, dass die Versicherte sich an den Suizidversuch von 2014 sowie die Begleitumstände nicht habe erinnern können, reiche für die Annahme eines dissoziativen Zustandsbilds nicht aus (act. II 66 [Stellungnahme S. 6]). Auch werde von einem suizidalen Ausnahmezustand im Sinne von einem „suizidalen Modus“ berichtet, welcher unmittelbar vor der suizidalen Handlung aufgetreten sei solle. Dabei handle es sich lediglich um eine Hypothese bzw. um eine Annahme, mit welcher ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht belegt

werden könne, dass die Versicherte auch vor der suizidalen Handlung möglicherweise an solchen Symptomen gelitten haben könnte. Gemäss den medizinischen und psychopathologischen Befunden sei ein solcher Zustand nicht belegt (act. II 66 [Stellungnahme S. 7]).

3.3.5 Dr. med. H._____ berichtete am 10. April 2017 dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführenden, eine Diskussion der Frage der Remission (der Depression) sei insofern letztlich nicht zielführend, als die Annahme einer Urteilsunfähigkeit in keiner Weise wesentlich auf einer nicht-remittierten Depression bzw. auf einem (noch) derart schwergradigen depressiven Zustandsbild beruhe, welches schon fast per se eine Urteilsunfähigkeit begründen würde oder könnte (Akten der Beschwerdeführenden, [act. I] 14 S. 1). Die Möglichkeit eines bilanzierten Suizides, sei angesichts der (sehr) kurzfristigen suizidalen Einwicklung wie auch einer konsolidierten therapeutischen Beziehung ziemlich unwahrscheinlich. Die ohne Zweifel problematischen und belastenden Lebensumstände seien einerseits Gegenstand der bisherigen therapeutischen Arbeit und andererseits zu Beginn dieses Nachmittags keineswegs neu gewesen oder zusätzlich verschärft worden. Damit werde die Annahme einer unvermittelt einbrechenden Einengung bei entsprechender Disposition doch sehr wahrscheinlich. Keineswegs sei postuliert worden, dass der erste Suizidversuch in einem dissoziativen Zustand erfolgt sei, sondern es sollte lediglich auf die Analogie einer auch damals ebenso rasanten wie heftigen Entwicklung hingewiesen werden, mithin auf eine mögliche bis sehr wahrscheinliche Disposition der Patientin hierzu. Die damals offenbar fehlende Erinnerungsfähigkeit sei ein mögliches Indiz. Dass die Patientin keine (weiteren) anamnestischen Hinweise für Dissoziationen oder für eine dissoziative Störung zeige, könne allerdings kaum als Beweis dafür herangezogen werden, dass sie am tragischen Nachmittag ihres Suizids nicht – und allenfalls dann eben erstmals – in einen derartigen Zustand geraten sein könnte. Der (rekonstruierte) Eindruck eines (anscheinend) planvollen Vorgehens dürfe per se kaum zur (zwingenden) Annahme einer nicht eingeschränkten Urteilsfähigkeit führen (act. I 14 S. 3). Zusammenfassend entsprechen die Ausführungen des Gutachters einer nachvollziehbaren und möglichen, aber nicht der einzig möglichen bzw. der höchstwahrscheinlichsten Hypothese.

Es werde nach wie vor an der wesentlich wahrscheinlicheren Alternativhypothese festgehalten, dass die Patientin innert kürzester Zeit einen Zustand (suizidaler) Einengung entwickelt habe, welcher in ein von ihr nicht mehr ausreichend kontrollier- bzw. steuerbares Suizidverhalten mündete, was ihre mindestens ganz erheblich beeinträchtigte Urteilsfähigkeit begründe. Für eine derartige Entwicklung sei die Patientin namentlich durch ihre psychiatrische Vorgeschichte wie durch ihre sehr belastenden Lebensumstände disponiert gewesen (act. I 14 S. 4).

3.3.6 Im versicherungspsychiatrischen Ergänzungsgutachten vom 17. Mai 2018 führte Dr. med. G. _____ aus, anhand des Gesprächs mit dem Ehemann am 16. Mai 2018 hätten über die Entwicklung der psychiatrischen Erkrankung der Versicherten wertvolle Informationen gewonnen werden können. Die vom Ehemann angegebene Annahme, dass sie eine Woche vor dem Ereignis depressiv gewirkt habe, reiche nicht aus, um ein schweres psychisches Zustandsbild anzunehmen, welches die Aufhebung der Urteilsfähigkeit vor der suizidalen Handlung begründen könnte. Die Vermutung, dass der Gesundheitszustand sich plötzlich verschlechtert habe, reiche aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht aus, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Urteilsunfähigkeit zu begründen. Auch reichten die beschriebenen bzw. vermuteten Analogien und Hypothesen, welche vom Suizidversuch im Jahr 2014 abgeleitet würden, nicht aus um eine Urteilsunfähigkeit vor dem Ereignis vom ... 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu begründen. Zusammenfassend hätten nach dem Gespräch mit dem Ehemann keine neuen Informationen gewonnen bzw. Hinweise festgestellt werden können, dass die Versicherte vor der suizidalen Handlung infolge einer schweren psychischen Störung nicht mehr urteilsfähig gewesen wäre. Es sei davon auszugehen, dass das Krankheitsbild vor dem Ereignis remittiert gewesen sei bzw. keine akuten Symptome einer schweren depressiven Störung festzustellen gewesen seien, welche die Urteilsfähigkeit der Versicherten habe beeinträchtigen, gar habe aufheben können (act. II 90 [Ergänzungsgutachten S. 14]). An den gutachterlichen Schlussfolgerungen vom 11. Mai 2016 werde festgehalten (act. II 90 [Ergänzungsgutachten S. 15]).

3.3.7 Am 4. Juni 2018 merkte Dr. med. H._____ zum Ergänzungsgutachten gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführenden an, die einschlägigen Ausführungen des Ehemannes im Sinne einer (erneuten) Impulsivität könnten nicht so einfach relativiert bzw. für die Beurteilung selektiv ausgeblendet werden. Dasselbe gelte für die unverkennbare Analogie der beiden akuten suizidalen Entwicklungen, was zumindest auf einen gewissermassen impulsiv-suizidalen „trait“ (eine konstante Neigung) der Versicherten hinweise. Es zeige sich ein sehr kurzfristiger Wandel von Besserung und einigen positiven Perspektiven zu – mutmasslich – abgrundtiefer Hoffnungslosigkeit. Diese so kurze, wie auch immer geartete oder bedingte Entwicklung sei kaum mit der Annahme eines besonnen, bilanzierenden Vorgehens vereinbar. Wenn der Ehemann als erfahrener und gut informierter Angehöriger zwar eine Besserung feststelle, aber immerhin noch untrügliche Zeichen einer Depression sehe, bestätige er die Einschätzung der Klinik im Sinne einer nicht-remittierten Depression. So bleibe nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter weiterhin und unbeirrt an der Annahme einer remittierten Depression festhalte. Tatsächlich sei der Ausprägungsgrad der Depression im Entlassungszeitpunkt aber keinesfalls derart gewesen, dass dies allein eine erhebliche Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit bedingt hätte. Dennoch sei die nicht-remittierte Depression als Faktor in eine Gesamtbeurteilung miteinzubeziehen, indem bspw. in typischer Weise eingengtes, pessimistisches Denken gebahnt werde (act. II 92 [Stellungnahme S. 2]).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Der Einspracheentscheid vom 17. August 2018 (act. II 93) basiert auf den Schlussfolgerungen von Dr. med. G. _____ vom 11. Mai 2016 (act. II 44), 27. März 2017 (act. II 66) und 17. Mai 2018 (act. II 90). Dessen aktuellstes versicherungspsychiatrisches Ergänzungsgutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 90), welches auch eine Befragung des Beschwerdeführers 1 (nicht aber der Beschwerdeführerin 2 und des Beschwerdeführers 3 als weitere Angehörige) umfasste, wurde – im Gegensatz zur ersten Aktenbeurteilung vom 11. Mai 2016 (act. II 44) – nach den Vorgaben von Art. 44 ATSG eingeholt. Da der Sachverständige von der Beschwerdegegnerin zuvor bereits als beratender Arzt beigezogen worden war, ist fraglich, ob dem entsprechenden Gutachten der erhöhte Beweiswert einer verwaltungsexternen Expertise zukommt (vgl. E. 3.4.1 hiavor). Wie es sich damit verhält, kann indes letztlich offen bleiben. Selbst

wenn das Ergänzungsgutachten bloss als verwaltungsinterner Bericht zu qualifizieren wäre (vgl. E. 3.4.2 hiervor), könnte darauf abgestellt werden. Denn die divergierenden Einschätzungen von Dr. med. H._____ sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der überzeugenden Beurteilung von Dr. med. G._____ zu begründen. Im Übrigen war Dr. med. H._____ während der Behandlung der Versicherten in der Klinik I._____ deren ärztlicher Direktor (Beschwerde S. 9, 13; vgl. auch Jahresbericht der Klinik I._____; abrufbar unter <www.Klinik-I._____.ch>, Rubrik: Publikationen/Jahresbericht), weshalb dieselben Erfahrungstatsachen zu berücksichtigen sind wie für behandelnde Haus- und Spezialärzte. Das Gericht darf und soll in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Hinsichtlich der erneuten Rüge der mangelnden Fachkompetenz von Dr. med. G._____ (Beschwerde S. 13) ist das Verwaltungsgericht zum einen an den Zwischenentscheid VGE UV/2017/798-800 (act. II 77) gebunden, zum anderen verfügt Dr. med. G._____ seit dem 5. April 2005 über die fachärztliche Ausbildung Psychiatrie und Psychotherapie sowie seit dem 16. Juli 2015 über die Zusatzausbildung forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Medizinalberuferegister <www.medregom.admin.ch>), weshalb auch keine Zweifel darüber bestehen, dass er nach wie vor über die fachliche Qualifikation zur Beurteilung der hier zu diskutierenden medizinischen Fragen hat.

Dr. med. G._____ hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den medizinischen Vorakten sowie den Aussagen des Beschwerdeführers 1 anlässlich der Befragung vom 16. Mai 2018 auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, dass eine aufgehobene Urteilsfähigkeit der verstorbenen Versicherten vor der suizidalen Handlung am ... 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht belegt werden könne (act. II 90 [Ergänzungsgutachten S. 15]). Nicht gefolgt werden kann dem Vorbringen der

Beschwerdeführenden, Dr. med. G. _____ habe sich mit den Ausführungen von Dr. med. H. _____ vom 10. April 2017 nicht auseinandergesetzt; das Gutachten sei unvollständig (Beschwerde S. 11), fasste der Gutachter diese doch in der Aktenlage zusammen, erläuterte ausführlich das psychische Zustandsbild der Versicherten und diskutierte ebenfalls die Möglichkeit einer plötzlichen Zustandsverschlechterung. Hinzu kommt, dass Dr. med. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 10. April 2017 keine relevanten Aspekte benennt, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Aber auch die früheren fachärztlichen Beurteilungen von Dr. med. G. _____ überzeugen und sind beweiskräftig. Er beleuchtet die massgebenden intellektuellen sowie voluntativen Aspekte einlässlich und ging unter Berücksichtigung der klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 169 ff.) nachvollziehbar davon aus, dass die schwergradige depressive Störung vor der suizidalen Handlung remittiert war (act. II 44 [Gutachten S. 6], act. II 66 [Stellungnahme S. 1 f. und 4], act. II 90 [Ergänzungsgutachten S. 14]). Seine Schlussfolgerungen finden Rückhalt in den Akten. Dass eine Remission in den verschiedenen Berichten nicht explizit festgehalten wurde (act. II 51 S. 2 Ziff. 3), ist nicht entscheidend, denn der Zustand der Versicherten ist bis zum letzten therapeutischen Gespräch (mit positiven Zukunftsplänen) am Ereignistag dokumentiert, wobei sich insbesondere weder Anhaltspunkte für eine Impulskontrollstörung noch eine psychotische Störung ergeben, worin Dr. med. H. _____ mit Dr. med. G. _____ übereinstimmt (act. II 51 S. 2 Ziff. 3). Blosser Indikatoren (harte Suizidmethode, kein Abschiedsbrief usw.; act. II 51 S. 2 Ziff. 3) belegen die erforderliche Urteilsunfähigkeit nicht (act. II 66 [Stellungnahme S. 5]). Soweit es gemäss den Einschätzungen von Dr. med. H. _____ nach dem letzten Therapiegeläch innerhalb von wenigen Stunden zu einem impulsiven, dranghaften suizidalen Organisationszustand gekommen sein könnte (act. II 26 S. 6), handelt es sich dabei um Mutmassungen über eine Entwicklung die möglich ist, nicht aber überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; Entscheid des BGer vom 20. September 2018, 8C_867/2017 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.2). Dies zumal auch

die Zeugenaussagen gegen einen abrupt einsetzenden Erregungszustand (depressiver Raptus) sprechen (keine Bewegungsunruhe beobachtet usw.). Dass kein Abschiedsbrief hinterlassen wurde und die Unklarheit über die Beweggründe für den Bargeldbezug (act. II 90 [Ergänzungsgutachten S. 13]) ändern an der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. G. _____ nichts. Ebenso wenig, dass sie – gemäss der Klinik I. _____ – am Todestag ihre Medikamente offenbar nicht eingenommen hat (act. II 3 S. 3). Auch die Stellungnahme von Dr. med. H. _____ vom 4. Juni 2018 (act. II 92 S. 3-5) ist nicht geeignet, Zweifel an der einleuchtenden Beurteilung des Dr. med. G. _____ zu begründen. Ersterer räumt selbst ein, dass seine „Alternativhypothese“ eines kurzfristigen Wandels von Besserung und einigen positiven Perspektiven zur abgrundtiefen Hoffnungslosigkeit eine Mutmassung darstellt (act. 92 [Stellungnahme S. 2]). Mit dem Suizidversuch aus dem Jahr 2014 (vgl. dazu act. II 38), auf welchen sich Dr. med. H. _____ stützt (act. II 92 [Stellungnahme S. 3]), setzte sich Dr. med. G. _____ eingehend auseinander (act. II 66 [Stellungnahme S. 6 f.]). Schliesslich bleibt anzufügen, dass sich der Sachverhalt retrospektiv durch zusätzliche Beweismassnahmen nicht weiter erhellen liesse.

3.6 Nach dem Dargelegten ist der Suizid vom ... 2015 nicht als Unfallereignis einzustufen. Es ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Fähigkeit der Versicherten, im Tatzeitpunkt vernunftgemäss zu handeln, aufgehoben war. Damit entfällt eine Leistungspflicht mit Ausnahme der Bestattungskosten der Beschwerdegegnerin, sodass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. August 2018 (act. II 93) nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben die unterliegenden Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt D. _____ z.H. der Beschwerdeführer
 - Visana Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.