



Fall-Nr.: UV 2013/95
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 20.11.2014
Entscheiddatum: 20.11.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2014

Art. 6 UVG; Art. 37 UVG; Art. 48 UVV. Gestützt auf die vorliegenden Akten ist eine vollständige Urteilsunfähigkeit im Zeitpunkt der Selbstschädigung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Weitere Abklärungen vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. November 2014, UV 2013/95).

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Annina Janett

Entscheid vom 20. November 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, war als selbständig Erwerbstätige im Rahmen der freiwilligen Unternehmensversicherung bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG am 21. August 2012 unter massivem Medikamenteneinfluss von einem Balkon im 2. Stock sprang und sich dabei verschiedene Brüche zuzog (UV-act. 1; vgl. auch den Polizeirapport vom 27. August 2012, act. G 5.3). Das Kantonsspital St. Gallen (KSSG), in welches die Versicherte am Unfalltag eingeliefert wurde, stellte die Diagnosen Suizidversuch mit komplexer offener Fussfraktur rechts, vorderer Schulterluxation mit Tuberculum majus-Fraktur rechts, Sacrumlängsfraktur beidseits und Sacrumquerfraktur links mit mässigem Hämatom kleines Becken, Fraktur unterer Schambeinast links und Fraktur Proc transversi LWK beidseits sowie Rissquetschwunde Ellbogen links (vgl. den Bericht vom 23. August 2012, UV-act. M14).

A.b In der Folge wurde die Versicherte in der Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie der Klinik für Chirurgie des KSSG stationär behandelt und mehrfach operiert (UV-act. M1-M10). Die behandelnden Ärzte nannten im ärztlichen Zeugnis vom 15. November 2012 folgende Diagnosen: Status nach Suizidversuch (Sprung aus dem 2. Stock) mit Polytrauma am 21. August 2012, bei emotionaler instabiler Persönlichkeitsstörung, Impulsivität, bipolarer affektiver Störung, gemischter affektiver Episode sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Status nach mehrfachem Suizidversuch (Medikamentenintoxikation im Dezember 2010 sowie nach Suizidversuch im 17. Lebensjahr), Status nach Unterschenkelamputation rechts am 4. September 2012, vordere Schulterluxation rechts, Sakrumlängsfraktur beidseits und -querfraktur, Fraktur unterer Schambeinast links, Fraktur Processi transversi LWK 5 beidseits, 3 sekundär, frei perforierte, grossflächige Ulcera des Magens und Milzabszess und Gallenblasennekrose, postoperativ komplizierter Verlauf sowie Nebenniereninzidentalom links (UV-act. M9; vgl. auch den provisorischen



St.Galler Gerichte

Austrittsbericht vom 24. Oktober 2012, UV-act. M5, sowie den Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie vom 26. November 2012, UV-act. M10).

A.c Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem sich die Versicherte seit Mai 2010 in psychiatrischer Behandlung befand, nannte im Bericht vom 20. Dezember 2012 folgende Diagnosen: Schwere Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus Borderline (ICD-10 F60.31), rezidivierende depressive Episoden gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.00), Status nach Minipsychose bei Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Tabletteneinnahme und Delirium von zwei Tagen mit Sprung vom Balkon am 21. August 2012 mit retrograder Amnesie vom 19. bis 21. August 2012. Er führte aus, beim Sprung vom Balkon habe es sich nicht um einen Suizidversuch gehandelt (UV-act. nach M11).

A.d Vom 14. November 2012 bis 8. Januar 2013 hielt sich die Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon auf (vgl. UV-act. M6, vgl. act. G 13.1 ff).

A.e Nachdem Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich einer Besprechung vom 31. Januar 2013 festgehalten hatte, dass sich in den medizinischen Unterlagen des KSSG keine Hinweise auf ein Delirium fänden (UV-act. M13), lehnte die Zürich ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 13. Februar 2013 mit der Begründung ab, der Suizidversuch schein aufgrund der gesamten Tatumstände nicht einem triebhaften Willensimpuls oder einer völlig irrationalen Motivation zu entstammen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Versicherte zum fraglichen Tatzeitpunkt noch über ein Minimum an Besinnungsfähigkeit zur rationalen Steuerung ihrer innerseelischen Abläufe verfügt habe (UV-act. 29).

A.f Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodemann, St. Gallen, am 14. März 2013 Einsprache und beantragte, die Verfügung vom 13. Februar 2013 sei aufzuheben und es seien die ihr zustehenden Versicherungsleistungen zu erbringen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Rechtsvertreter machte geltend, aufgrund der vorliegenden Akten sei offensichtlich und genügend erstellt, dass die Versicherte im urteilsunfähigen Zustand vom Balkon gesprungen sei, und verwies im Wesentlichen auf die Aussagen von Dr. B.____ im



St.Galler Gerichte

Bericht vom 20. Dezember 2012 sowie auf den Polizeirapport vom 29. August 2012, wonach die Versicherte vor dem Sprung zwei Tage bettlägerig gewesen sei und unzählige Medikamente eingenommen habe. Es sei durchaus nachvollziehbar, dass sie durch die Einnahme der Medikamente in einen vorübergehenden Zustand der Urteilsunfähigkeit gelangt sei. Auch könne aus dem Vorliegen eines Abschiedsbriefs allein nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass die Versicherte im Zeitpunkt des Sprungs tatsächlich urteilsfähig gewesen sei. Der Abschiedsbrief sei nicht datiert und offensichtlich nicht unmittelbar vor dem Sprung geschrieben worden (UV-act. 32).

A.g Mit Einspracheentscheid vom 15. November 2013 wies die Zürich die Einsprache ab. Zur Begründung führte sie an, es fänden sich in den medizinischen Akten keine Hinweise auf eine Amnesie oder erhebliche Bewusstseinsstörung. Die Versicherte sei laut Akten nach dem Sturz ansprechbar gewesen und von einem deliranten Zustand sei rechtzeitig nicht gesprochen worden. Ausser der Ansicht des behandelnden Psychiaters, welche aber keinerlei nachvollziehbare Anhaltspunkte liefere, liessen sich in den medizinischen oder polizeilichen Akten keinen Belege für die Annahme eines wahnhaften deliranten Zustands finden. Zudem fänden sich in den Akten Hinweise auf einen früheren Suizidversuch und Medikamentenintoxikation im Dezember 2010 (UV-act. 38).

B.

B.a Dagegen erhob der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2013 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 13. Februar 2013 bzw. der Einspracheentscheid vom 15. November 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden Versicherungsleistungen aus dem Ereignis vom 21. August 2012 zu erbringen. Der Rechtsvertreter beantragte zudem, der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung unter Einsetzung des unterzeichnenden Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen die bereits in der Einsprache vom 14. März 2013 vorgebrachten Argumente an. Im Weiteren machte er insbesondere geltend, Dr. B.____ habe nachvollziehbar ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin eine paranoide Wahrnehmung vorgelegen hätte. Sie hätte



Todesangst gehabt und sich mit den Tabletten habe beruhigen wollen, was zu einem deliranten Zustandsbild geführt hätte (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, weder der Ex-Partner der Beschwerdeführerin noch die Angestellten hätten einen deliranten Zustand festgehalten. Sie hätten einzig eine Medikamenteneinnahme festgehalten und dass es der Beschwerdeführerin nicht gut gegangen sei. Auch den Polizeiakten sei nichts von einem solchen Zustand zu entnehmen, gleiches gelte für die in den Akten enthaltenen Anmerkungen zum Zustand der Beschwerdeführerin bei Eintreffen der Rettung. Eine verminderte Urteilsunfähigkeit aufgrund der Tabletteneinnahme sei durchaus denkbar, aber diese sei zu unterscheiden von einer vollständigen Urteilsunfähigkeit. Eine derartige Urteilsunfähigkeit sei den objektiven Umständen nicht zu entnehmen und könne nicht als erstellt betrachtet werden (act. G 5).

B.c Am 4. Februar 2014 bewilligte die Verfahrensleitung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Gerichtsverfahren (act. G 7).

B.d Mit Replik vom 5. März 2014 (act. G 8) und Duplik vom 28. März 2014 (act. G 10) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest und bestätigten im Wesentlichen ihre bereits vorgebrachten Standpunkte.

B.e Mit Schreiben vom 10. Juli 2014 forderte das Versicherungsgericht den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auf, allfällige Arztberichte über psychiatrische Abklärungen im KSSG sowie im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon einzureichen (act. G 12). Mit Eingabe vom 18. August 2014 reichte der Rechtsvertreter Berichte der Rehaklinik Bellikon vom 7. Dezember 2012, 8./9. Januar und 4. März 2013 sowie des Fachbereichs Psychosomatik des KSSG vom 15. Oktober und 4. September 2012 ein (act. G 13.1 ff.).

B.f Mit Schreiben vom 8. Oktober 2014 stellte die Beschwerdegegnerin ein Editionsbegehren, indem sie geltend machte, bei den Akten, welche die Invalidenversicherung über die Beschwerdeführerin führe, befänden sich zwei medizinische Berichte von Dr. B.____ vom 20. August und 10. September 2012, welche aufgrund der zeitlichen Nähe



St.Galler Gerichte

zum Ereignis vom 21. August 2012 zu berücksichtigen seien (act. G 15). Am 30. Oktober 2014 reichte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen die entsprechenden Berichte ein (act. G 17).

B.g Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer für die Folgen des Ereignisses vom 21. August 2012 leistungspflichtig ist.

1.2 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Hat die versicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, besteht gemäss Art. 37 Abs. 1 UVG (mit Ausnahme allfälliger Bestattungskosten) kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Wollte sich die versicherte Person nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln, findet Art. 37 Abs. 1 UVG dann 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; SR 832.202]).

2.

2.1 Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Versicherte im Zeitpunkt des Sprungs vom Balkon im 2. Stock, bei welchem sie sich schwerste Verletzungen zuzog, ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln.



2.2 Gemäss Art. 48 UVV gelten Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverstümmelung als Unfall, wenn bei der versicherten Person im Tatzeitpunkt die Fähigkeit gänzlich aufgehoben war, vernunftgemäss zu handeln. Diese Verordnungsbestimmung stellt eine Konkretisierung des Unfallbegriffes für die Belange von Suizid, Suizidversuch und Selbstschädigung dar, indem das fragliche Merkmal des Unfallbegriffes, die Unfreiwilligkeit oder die fehlende Absicht dann gegeben ist, wenn die versicherte Person im Zustande vollständiger Urteilsunfähigkeit gehandelt hat. Dabei ist auf die Urteilsfähigkeit nach Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) abzustellen und diese in Bezug auf die in Frage stehende konkrete Handlung und unter Würdigung der bei ihrer Vornahme herrschenden objektiven und subjektiven Verhältnisse zu prüfen (BGE 120 V 352 S. 354, E. 4b; BGE 113 V 63, E. 2c, je mit Hinweisen). Massgeblich ist, ob im entscheidenden Moment jenes Minimum an Besinnungsfähigkeit zur kritischen, bewussten Steuerung der endothyemen, d.h. vor allem der triebhaften innerseelischen Abläufe vorhanden war. Damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers entsteht, muss die Tat mit anderen Worten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund einer Geisteskrankheit oder einer schweren Störung des Bewusstseins, also psychopathologischen Symptomen wie Wahn, Sinnestäuschungen, depressiver Stupor (plötzlicher Erregungszustand mit Selbsttötungstendenz), Raptus (plötzlicher Erregungszustand als Symptom einer seelischen Störung) u.a.m., erfolgen. Dazu muss das Motiv seinen Ursprung in der geisteskranken Symptomatik haben; mit anderen Worten muss die Tat "unsinnig" sein. Eine blossе "Unverhältnismässigkeit" der Tat, indem der Handelnde seine Lage in depressiv-verzweifelter Stimmung einseitig und voreilig einschätzt, genügt nicht zur Annahme einer Urteilsunfähigkeit. Für deren Nachweis ist nicht bloss die zu beurteilende Suizid- bzw. Selbstschädigungshandlung von Bedeutung und somit nicht allein entscheidend, ob diese als unvernünftig, uneinfühlbar oder abwegig erscheint. Vielmehr ist aufgrund der gesamten Umstände, wozu das Verhalten und die Lebenssituation der versicherten Person vor dem Ereignis insgesamt gehören, zu beurteilen, ob sie in der Lage gewesen wäre, den Suizid resp. die Selbstschädigung vernunftmässig zu vermeiden oder nicht. Ist die Urteilsunfähigkeit lediglich mehr oder weniger vermindert, so ist die freie Willensentscheidung nicht völlig ausgeschlossen, die Absicht also vorhanden, und der Unfallbegriff nicht erfüllt (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichtes vom 17. April 2009, 8C_496/2008, E. 2.3, mit Hinweisen; Urteil



des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. Mai 2002, U 395/01, E. 1; Urteil des EVG vom 14. Februar 2002, U 276/01, E. 1b; BGE 113 V 63, E. 2c; vgl. auch A. Rumo-Jungo/A. Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 196 f. zu Art. 37 UVG, mit Hinweisen).

2.3 Die Frage danach, ob die versicherte Person ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, ist eine Rechtsfrage. Es ist Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin, aufzuzeigen, inwieweit dem Suizid oder der Selbstschädigung eine Geisteskrankheit zugrunde liegt und somit vollständige Urteilsunfähigkeit vorliegt. Das Gericht weicht nicht ohne zwingende Gründe von solchen Gutachten ab, ist aber grundsätzlich nicht an die fachliche Beurteilung gebunden (vgl. A. Rumo-Jungo/A. Holzer, a.a.O., S. 197 zu Art. 37 UVG).

2.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dabei sind rechtserheblich alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Wenn es sich jedoch als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, greift die Beweisregel Platz, dass die Parteien eine Beweislast insofern tragen, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b, 115 V 142 E. 8a).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. November 2013 (UV-act. 38) insbesondere auf die Beurteilung von Dr. C.____ (UV-act. M13) sowie auf den Polizeirapport vom 27. August 2012 (act. G 5.3) und die Berichte des KSSG vom 23. August und 15. November 2012 (UV-act. M9, M14).



3.1.1 Im Polizei-Rapport vom 27. August 2012 wurde hinsichtlich des Hergangs festgehalten, der (damalige) Partner der Beschwerdeführerin habe dieser mitgeteilt, dass er die Beziehung beenden möchte und aus ihrem Haus ausziehen werde. Daraufhin habe die Beschwerdeführerin unzählige Tabletten verschiedenster Medikamente geschluckt und sich, als ihr Partner mit dem Auto habe wegfahren wollen, aus dem 2. Stock gestürzt. Laut Rapport habe die Beschwerdeführerin beim Eintreffen der Polizei auf der Seite gelegen und sei von ihren Angestellten betreut worden. Sie sei ansprechbar gewesen, habe sich aber nicht bewegen können. Weiter wurde festgehalten, im Haus habe man im Abfalleimer der Küche ein leeres Blister Cypralex (Antidepressivum) gefunden, auf dem Tisch im Wohnzimmer sei eine leere Schachtel Cypralex und ein leeres Blister gelegen. Im Schlafzimmer, in der Nähe der Balkontüre, habe sich ein Plastikkorbchen befunden, welches mit unzähligen leeren Blistern Cypralex, Xanax (Beruhigungsmittel) und Ponstan 500 (Schmerzmittel) gefüllt gewesen sei. Im Schlafzimmer habe man einen Abschiedsbrief gefunden. Eine Dritteinwirkung könne ausgeschlossen werden. Gemäss Aussagen des Ex-Partners der Beschwerdeführerin sei diese seit längerer Zeit psychisch instabil gewesen. In den letzten Tagen habe sie unzählige Medikamente eingenommen und die letzten zwei Tage sei sie aufgrund dessen bettlägerig gewesen. Gemäss Aussage der Angestellten der Beschwerdeführerin habe diese stark geschwankt und der Bewegungsapparat sei sehr verlangsamt gewesen. Immer wieder habe sie ihnen Medikamentenverpackungen hingehalten und gefragt, wie das Medikament heisse. Es hätten alle gemerkt, dass es ihr nicht gut gehe, aber sie hätten sich keine weiteren Gedanken gemacht (act. G 5.3).

3.1.2 Im Bericht vom 23. August 2012 hielten die Ärzte der Zentralen Notfallabteilung des KSSG fest, die Patientin sei via Rettung zugewiesen worden, sediert mit Ketalar und Dormicum. Es bestünden ein reduzierter Allgemeinzustand sowie ein GCS (Glasgow Coma Scale)-Wert von 13 (UV-act. M14). Im Bericht vom 15. November 2012 wurde hinsichtlich des Hergangs festgehalten, die Patientin sei kreislaufstabil, es liege ein GCS-Wert von 13 vor und es bestehe keine Bewusstlosigkeit und kein Erbrechen (UV-act. M9).

3.1.3 Dr. C.____, welchem die medizinischen Akten zur Beurteilung vorgelegt worden waren, hielt am 31. Januar 2013 fest, in den Unterlagen fänden sich keine Hinweise auf ein Delirium. Es sei unklar, ob und wie viele Medikamente eingenommen



worden seien. Die Annahme eines deliranten Zustandsbilds und dass dieses zu einem unbeabsichtigten Sturz aus dem 2. Stock geführt haben soll, sei weder vernünftig belegt noch aufgrund des Geschehens nachvollziehbar. Letztlich habe die Beschwerdeführerin die Tabletten in nicht-delirantem Zustand und somit in mehr oder weniger gezielter Suizidabsicht eingenommen. Zusätzlich sei anzumerken, dass der Abschiedsbrief inhaltlich wie formal keine Hinweise ergebe, dass die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt vollständig urteilsunfähig gewesen sei (UV-act. M13).

3.2 Die Beschwerdeführerin macht ihrerseits geltend, zum Zeitpunkt des Balkonsprungs gänzlich unfähig gewesen zu sein, vernunftgemäss zu handeln. Dabei stützt sie sich auf die psychiatrische Stellungnahme von Dr. B.____ vom 20. Dezember 2012 (UV-act. M11).

3.2.1 Dr. B.____ nannte in seiner Beurteilung die Diagnosen schwere Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus Borderline (ICD-10 F60.31), rezidivierende depressive Episoden gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.00), Status nach Minipsychose bei Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Tabletteneinnahme und Delirium von zwei Tagen mit Sprung vom Balkon am 21. August 2012 mit retrograder Amnesie vom 19. bis 21. August 2012. Er gab im Wesentlichen an, es habe sich nicht um einen Suizidversuch gehandelt. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung könne es bei Stress zu einer psychotischen paranoiden Wahrnehmung kommen. Dies sei bei der Beschwerdeführerin der Fall gewesen; sie habe Tage vor dem Balkonsprung eine paranoide Wahrnehmung und das Gefühl gehabt, dass ihr Partner sie einsperren und töten wolle. Diese psychotische Wahnwahrnehmung habe zu massiven Todesängsten geführt, was wiederum dazu geführt habe, dass sie mehrere antidepressive Tabletten geschluckt habe, um sich zu beruhigen. Diese Tabletten hätten bei der Beschwerdeführerin einen deliranten Zustand ausgelöst, so dass sie nicht gewusst habe, was sie tue, und ihr Bewusstsein erst wieder im Spital erlangt habe. Vor der Behandlung vom 21. August 2012 seien vor allem die depressiven Episoden im Vordergrund gestanden, wobei die Beschwerdeführerin in den letzten Monaten psychisch stabil gewesen sei und keine Depressionen mehr gehabt habe (UV-act. M11).



3.2.2 Dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingereichten Konsiliarbericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rehaklinik Bellikon, vom 8. Januar 2013 ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, sie hätte gewisse Erinnerungslücken, wüsste aber doch, dass sie von ihrem Balkon gesprungen und unten auf dem Boden liegend zeitweise ansprechbar gewesen sei. Insgesamt habe sie aber ein "Black out" für ca. zweieinhalb Tage. Sie habe nicht absichtlich in den Tod springen wollen, habe sich aber unter massivem psychischem Druck gefühlt. Sie sei seit zwei Jahren wegen eines Burnouts in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Zwei Tage vor dem Ereignis habe ihr Partner sie aufs Massivste bedroht und angegriffen, weshalb sie sich in ihrem Zimmer im 2. Stock eingeschlossen habe. Er habe zusätzlich versucht, die geschlossene Türe aufzubrechen unter weiteren verbalen Drohungen. In dieser Situation habe die Beschwerdeführerin gedacht, "lieber ich als du, hat denn dieser Terror nie ein Ende", und habe daraufhin alle verfügbaren Tabletten eingenommen und wisse anschliessend nichts mehr. Die Beschwerdeführerin habe weiter angegeben, sie könnte sich kaum vorstellen, sich das Leben durch einen Sturz vom Balkon nehmen zu wollen, da sie unter Höhenangst leiden würde. Dr. D.____ hielt fest, erst im Verlaufe des Gespräches habe sich herausgestellt, dass eine relevante Zeitspanne von zweieinhalb Tagen zwischen diesem Angriff und dem Sturz vom Balkon bestanden habe. Er führte weiter aus, der Befund in den Einzelgesprächen und das berichtete Verhalten im Stationsalltag habe praktisch keine Symptome ergeben, die zu einer schweren Borderline-Störung passen würden. Hingegen könne aus den anamnestischen Angaben und den doch mehrere Monate langen Beobachtungen geschlossen werden, dass es sich am ehesten um eine bipolare Störung handle. Im Sinne einer abschliessenden Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, beim Sturz handle es sich nach derzeitigen Erkenntnissen nicht um einen geplanten Suizidversuch, sondern dieser sei im Rahmen einer schweren psychischen Ausnahmesituation unter einer Überdosis von Psychopharmaka mit nachfolgender Hirnleistungsstörung und vermuteter fehlender Handlungsfähigkeit während mindestens zwei Tagen geschehen. Die Entscheidung, ob es sich um einen Unfall oder einen Suizidversuch handle, könne nur im Rahmen einer neutralen psychiatrischen Begutachtung beantwortet werden unter Zuhilfenahme der zeitlich ersten Aussagen, der polizeilichen Ermittlungen und der langjährigen Kenntnisse der Beschwerdeführerin durch ihren ambulanten Psychiater (act. G 13.3).



3.3 Dem auf Begehren der Beschwerdegegnerin beigezogenen Bericht von Dr. B.____ vom 20. August 2012 ist zu entnehmen, dass dieser am Tag vor dem Ereignis die Diagnosen ausgeprägte Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typus Borderline (ICD-10 F60.31), schwere chronische depressive Episoden (ICD-10 F32.2) sowie Status nach zwei schweren Suizidversuchen mit Tabletten im Januar 2011 gestellt und ausgeführt hatte, es bestünden keine Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht eruierbar. Manchmal sei die Beschwerdeführerin jedoch so sehr misstrauisch, dass es an das Paranoide grenze (mit Angst verbunden) im Sinne von "Mini-Psychosen bei Borderline-Wahrnehmung bei Stresssituationen". Zu Beginn der Therapie im Sommer 2010 habe es eine leichte Besserung des depressiven Zustandsbilds gegeben, im Januar 2011 sei es jedoch überraschend zu zwei Suizidversuchen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe massive Schwankungen, von heiter bis zu Tode betrübt und dabei impulsive und unberechenbare destruktive Durchbrüche. Im Ganzen gesehen werde ihr Gesundheitszustand immer depressiver (act. G 17.1). Im Bericht vom 10. September 2012 führte dieser aus, nach einem impulsiven Durchbruch mit fraglicher paranoider und mit Angst geprägter Wahrnehmung sei die Beschwerdeführerin in suizidaler Absicht aus dem dritten Stock gesprungen (act. G 17.2).

4.

4.1 Wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid zutreffend darlegt, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen einer schweren Störung des Bewusstseins ausgegangen werden; dies insbesondere auch mit Blick darauf, dass der behandelnde Psychiater Dr. B.____ am Tag vor dem Ereignis Anhaltspunkte für Wahn verneint und Sinnestäuschungen und Ich-Störungen als nicht eruierbar bezeichnet hatte (vgl. act. G 17.1). Im Weiteren lässt sich aufgrund der vorliegenden Unterlagen und insbesondere den im Rapport festgehaltenen polizeilichen Feststellungen und Aussagen der Auskunftspersonen im Zusammenhang mit dem Ereignis lediglich festhalten, dass die Beschwerdeführerin – offenbar in grosser Menge – Antidepressiva, Schmerz- und Beruhigungsmittel eingenommen hatte. Ob dies, wie sie gegenüber Dr. D.____ während ihres Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik Bellikon angegeben hatte, zwei Tage vor dem Sturz geschah und sie bereits zu diesem Zeitpunkt alle verfügbaren Tabletten eingenommen hatte oder ob – und in welchem Umfang – auch am Tag des



Sturzes eine Einnahme von Medikamenten erfolgte, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr abschliessend klären. Auch hinsichtlich des Motivs der Tabletteneinnahme lässt sich kein Sachverhalt ermitteln, der die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen. Diesbezüglich ist lediglich anzumerken, dass Dr. B.____ im Bericht vom 10. September 2012 (act. G 17.2) noch von suizidaler Absicht gesprochen hatte und erst in seinen späteren Ausführungen (UV-act. M11) eine solche verneinte. Auch angesichts der Vorgeschichte der Beschwerdeführerin mit Medikamentenintoxikation und Suizidversuchen – zuletzt im Januar 2011 – ist es mehr als fraglich, ob sie die Tabletten, wie vom Rechtsvertreter vorgebracht, lediglich zur Beruhigung und nicht in suizidaler Absicht eingenommen hatte. Im Weiteren erscheinen auch die Aussagen der Beschwerdeführerin bezüglich des Hergangs und der vorausgegangenen Tage wenig konsistent. So gab sie zum einen an, sie habe gewisse Erinnerungslücken, wisse aber, dass sie vom Balkon gesprungen und auf dem Boden zeitweise ansprechbar gewesen sei (vgl. die Ausführungen im Bericht vom 8. Januar 2013, act. G 13.3, S. 2). Dies deckt sich mit den echtzeitlichen Aussagen im Polizeirapport und dem in den Berichten des KSSG festgehaltenen Ansprechbarsein und der festgestellten lediglich leichten Bewusstseinsstörung (GCS 13). Zum anderen gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. D.____ jedoch auch an, sie habe aufgrund der Bedrohung durch ihren Partner zwei Tage zuvor alle verfügbaren Tabletten eingenommen und wisse danach nichts mehr (act. G 13.3, a.a.O.). Zwar mag es durchaus zutreffen, dass die Beschwerdeführerin durch die eingenommenen Tabletten in ihrer Urteilsfähigkeit herabgesetzt war, eine im fraglichen Zeitpunkt vorliegende gänzliche Urteilsunfähigkeit ausgelöst durch die Medikamenteneinnahme lässt sich damit jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beweisen.

4.2 Schliesslich lässt sich auch mit Blick auf die psychiatrischen Diagnosen nicht überwiegend wahrscheinlich belegen, dass die Beschwerdeführerin im fraglichen Zeitpunkt vollständig urteilsunfähig war. So sieht der behandelnde Psychiater Dr. B.____ im Bericht vom 20. Dezember 2012 die von ihm diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung als Ursache einer paranoiden Wahrnehmung, welche ihrerseits zum Sprung geführt haben soll (UV-act. M11), nachdem er im Bericht vom 10. September 2012 einzig einen impulsiven Durchbruch mit fraglicher paranoider und mit Angst geprägter Wahrnehmung festgehalten hatte (vgl. act. G 17.2). Auch die Aussage Dr. B.____s im Bericht vom 20. Dezember 2012, dass die Beschwerdeführerin in den



Monaten vor dem Ereignis psychisch stabil gewesen sei, relativiert sich durch die Aussagen vom 20. August 2012, wonach die Beschwerdeführerin immer depressiver werde. Insgesamt muss die Beweiskraft des Berichts von Dr. B.____ vom 20. Dezember 2012 aufgrund der widersprüchlichen Aussagen in Zweifel gezogen werden.

4.3 Darüber hinaus gingen die Ärzte der Rehaklinik Bellikon entgegen den Ausführungen Dr. B.____s nicht vom Vorliegen einer schweren Borderline-Störung aus, sondern diagnostizierten eine bipolare Störung. Letztere Diagnose wird zudem durch die Darlegung der Beschwerdeführerin, wonach es in ihrem Leben Phasen von Depressivität über eher kurze Dauer und Phasen von sehr grosser Aktivität und Leistungsfähigkeit gegeben habe (act. G 13.3, S. 4), gestützt. Was schliesslich den Umstand betrifft, dass ein Abschiedsbrief vorgefunden wurde, so lässt sich aufgrund des fehlenden Datums nicht feststellen, wann dieses Schreiben verfasst wurde. Folgt man den Aussagen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der unmittelbar vorangegangenen Geschehnisse (Bedrohung durch den Ex-Partner), könnte der Brief ohne Weiteres auch bereits zwei Tage zuvor verfasst worden sein. Entsprechend ist die Beweiskraft des vorgefundenen Briefes für die vorliegend zu beantwortende Frage nach der Urteilsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Sprungs limitiert. Wäre er unmittelbar vor dem Ereignis geschrieben worden, würde er dieses als folgerichtig und nicht als unsinnig erscheinen lassen (vgl. vorne E. 2.2).

4.4 Insgesamt ist eine vollständig aufgehobene Urteilsfähigkeit im Zeitpunkt des Balkonsprungs vor dem Hintergrund der vorliegenden Aktenlage retrospektiv als lediglich möglich und nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt zu erachten.

4.5 Bei dieser Ausgangslage sind von zusätzlichen Erhebungen keine entscheidungsrelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, zumal gerade den echtzeitlichen medizinischen Berichten und dokumentierten polizeilichen Feststellungen keine Hinweise darauf zu entnehmen sind, dass die Beschwerdeführerin beim Sprung vom Balkon gänzlich urteilsunfähig war. Es kann deshalb von der Einholung weiterer medizinischer und insbesondere psychiatrischer Beurteilungen abgesehen werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3; BGE 134 I 148 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).



5.

Zusammenfassend ist vorliegend nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Sprungs vom Balkon am 21. August 2012 gänzlich urteilsunfähig war, vernunftgemäss zu handeln. Damit hat sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen und es lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneint hat.

6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 15. November 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

6.2 Zufolge am 4. Februar 2014 bewilligter unentgeltlicher Rechtsverteiständung (act. G 7) ist der Staat zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die Anforderungen und Komplexität der Streitsache eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann die Beschwerdeführerin jedoch zur Nachzahlung verpflichtet werden (Art. 123 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.