

Schweizer
Paraplegiker
Vereinigung

Association
suisse des
paraplégiques

Associazione
svizzera dei
paraplegici

Swiss
Paraplegics
Association

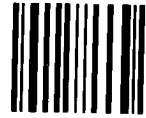
Beilage 8

Institut für Rechtsberatung

Kontaktperson

Einschreiben

Suva
Service Center
Postfach
6009 Luzern



Biel, 15. April 2019

Wiedererwägungsgesuch / Verfügung der Suva vom 19.01.2017 i.S. F Ihre Ref.: :

Sehr geehrter Damen und Herren

Hiermit zeige ich Ihnen an, dass uns F in obiger Angelegenheit mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt hat. Die Unterzeichnende legitimiert sich mit der beiliegenden Vollmacht.

Namens und im Auftrag von meiner Klientin stelle ich folgende

Anträge:

1. Es sei die Verfügung der Suva vom 19.01.2017 in Wiedererwägung zu ziehen und es seien F im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom die ihr zustehenden UVG-Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Suva vom in Wiedererwägung zu ziehen und es seien weitere Abklärungen im Sinne der Gesuchsgründe vorzunehmen.

Begründung:

Frau F leidet aufgrund des Sturzes aus 12 Meter Höhe im Rahmen eines psychotischen Zustandsbildes am an einer sensomotorisch inkompletten Paraplegie sub L1 (AIS B). Diesbezüglich verweise ich auf den Bericht des SPZ vom 17.07.2018 sowie auf den Verlaufsbericht des SPZ vom 08.06.2018. Diesen Berichten kann entnommen werden, dass bei Frau F unter anderem ein Wirbelsäulentrauma, Thoraxtrauma, Extremitätentrauma und neurogene Blase-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen diagnostiziert wurden. Sie bleibt wohl für den Rest ihres Lebens auf einen (manuellen) Rollstuhl angewiesen.

Somit ist klar erstellt, dass das Unfallereignis vom in persönlicher, beruflicher, finanzieller und medizinischer Hinsicht mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden ist. Folgerichtig hat Frau F das Unfallereignis mit Schadenmeldung UVG vom 19.12.2016 angezeigt und um Ausrichtung der obligatorischen UVG-Leistungen ersucht (vgl. Ihre Akten). Mit Verfügung vom 19.01.2017 teilten Sie meiner Klientin mit, dass die Suva



keine Versicherungsleistungen ausgerichtet, da nach Art. 37 Abs. 1 UVG auf solche kein Anspruch besteht, wenn der Versicherte den Gesundheitsschaden absichtlich herbeigeführt habe.

Aus den nachfolgenden Gründen erweist sich Ihre Leistungsverweigerung als zweifellos unrichtig, weshalb ich Ihre Versicherungsgesellschaft namens und im Auftrag von Frau F ersuche, die Verfügung vom 19.01.2017 gestützt auf Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 53 Abs. 2 ATSG in **Wiedererwägung** zu ziehen.

Als gilt vorliegend als erstellt, dass Frau F aus 12 Meter Höhe aus dem Fenster gesprungen ist. Dies gilt als unbestritten. Jedoch kann entgegen Ihrer Auffassung nicht die Rede davon sein, dass meine Mandantin den Vorfall absichtlich, konkret, in suizidaler Absicht, herbeigeführt hat.

Nach Art. 48 UVV findet Art. 37 Abs. 1 UVG jedoch keine Anwendung, wenn der Versicherte 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. Vorliegend war meine Klientin in Zeitpunkt des Sturzes aus dem Fenster gänzlich unfähig, vernunftgemäss zu handeln. Die Urteilsfähigkeit i.S.v. Art. 16 ZGB war nicht gegeben.

Dass die versicherte Person absichtlich aus dem Leben geschieden oder scheiden wollte, darf nur dann als nachgewiesen gelten, wenn gewichtige Indizien jede andere den Umständen angemessene Deutung ausschliessen. Deshalb ist in solchen Fällen zunächst von der durch den Selbsterhaltungstrieb gegebenen Vermutung auszugehen, es liege keine Selbsttötung bzw. kein Selbsttötungsversuch vor, und sodann zu fragen, ob derart überzeugende Umstände vorliegen, dass diese Vermutung widerlegt wird (RKUV 1996 Nr. U 247 S. S. 168 E. 2a und b; Urteile 256/03 vom 9. Januar 2004, E. 3.3, und U 197/02 vom 11. März 2003, E. 5.3).

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. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen ist rechtsgenüglich nachgewiesen, dass eine schwere Störung des Bewusstseins vorlag. Die Tat ist als «unsinnig» und nicht bloss als «Unverhältnismässig» einzustufen. Die Tat war durch übermächtige Triebe gesteuert, was ein vernunftgemässes und willentliches Handeln ausschliesst. Urteil 8C_496/2008 vom 17.04.2009, E. 2.3 m.w.H.).

Lediglich dem Polizeirapport vom 01.01.2017 lässt sich anhand der Betreffzeile «Suizidversuch» entnehmen. Die Befragung der Eltern meiner Mandantin lassen jedoch einen anderen Schluss zu: Die Mutter von Frau F gab an, das Problem (psychische Probleme) zusammen mit ihrer Tochter in den Griff zu bekommen. Am Tag des Vorfalls, zirka um 03.00 Uhr, rief meine Klientin ihre Mutter an und teilte ihr mit, dass es ihr schlecht gehe, dass sie Personen sehen würde, welche sie holen kommen und sie Angst habe. Auch ihr Vater bemerkte seit rund einer Woche vor dem Vorfall, dass seiner Tochter etwas nicht stimmen würde. Die Mutter gab weiter zu Protokoll, dass sie ihre Tochter am Morgen des Vorfalls nicht beruhigen konnte, als sie zu ihr ging. Sie rief ihren Ex-Ehemann an um ihr zu helfen. Nachdem der Vater meiner Klientin eintraf, schloss letztere ihn im Schlafzimmer ein und die Mutter ins WC. Die WC-Türe war jedoch nicht richtig verschlossen, weswegen die Mutter aus der Toilette rausgehen konnte. Die Tochter hat sich in der Zwischenzeit angezogen und ihrer Mutter gesagt, dass sie auf die Knie gehen und beten müsste. Wenn sie (die Mutter) nicht gehorche, würde etwas Furchtbares geschehen. Anschliessend verliess meine Klientin die Wohnung. Die Eltern suchten daraufhin die Tochter mit ihrem Fahrzeug. Vor dem Aeschenplatz haben sie die Tochter gesehen, welche auf der Strasse mit ausgestreckten Armen lief. Die Mutter stieg aus und bat die Tochter, ins Auto einzusteigen, was sie jedoch nicht tat. Die Tochter hat sich in das Gebäude ihrer Anwältin begeben, die Eingangstüre des Advokaturbüros war verschlossen, weswegen die Eltern vor verschlossenen Türen warteten. Eine Frau kam und erzählte, dass eine Frau im Hinterhof aus dem Gebäude gesprungen sei. Die Eltern liefen in den Hinterhof und erkannten ihre Tochter auf dem Boden liegend. Sie war noch ansprechbar und habe zu ihnen gesagt: «Bitte, bitte, lass mich, ich möchte sterben, mein «Vater» (Anm.: Herrgott) braucht mich». Weiter ist der dem Polizeirapport vom 01.01.2017 erwähnte Anruf mit Frau RAin B des Advokaturbüros zu erwähnen, dass sie von Frau F im Dezember 2016 diverse Mails erhalten hat, z.B. mit am 13.12.2016, nachmittags erhielt Frau B i die E-Mail mit dem Inhalt: «Beten Sie, der Allmächtige Vater liebt alle». Sie sehe Seelen, welche auferstanden seien usw.

Dem beiliegenden Arztbericht des Schweizerischen Paraplegiker Zentrum vom 17.07.2018 ist zu entnehmen, dass meine Klientin eigenanamnestisch im Dezember 2016 aufgrund einer produktiven psychotischen Symptomatik in Form von visuellen und akustischen Halluzinationen aus dem Fenster gesprungen. Dem psychologischen Verlaufsbericht kann entnommen werden, dass meine Klientin eine suizidale Absicht klar und glaubhaft

verneinte. Es besteht ein Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Gemäss der psychiatrischen Diagnose bestehen aktenanamnestisch Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen sowie inhaltliche Denkstörungen (DD Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (am ehesten F 20.0), DD schizoaffektive Störung (F25.9). Es zeige sich ein religiös gefärbtes paranoides Bild. Suizidalität verneint Frau F ; dies hatte beim Sprung im Jahre 2016 keine Rolle gespielt.

Weiter bestätigt das beiliegende Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. vom 06.02.2019 explizit, dass die Querschnittslähmung mit motorischen und vegetativen Störungen nach dem Fenstersturz aus dem 6. Stock im Rahmen einer psychotischen Entgleisung vorliegt. Zudem wird ihr eine psychotische Störung mit Stimmenhören attestiert.

Insbesondere ist dem beiliegenden detaillierten Abklärungsbericht von PD Dr. med. A. , Oberarzt und Ärztlicher Leiter der Psychiatrie vom 29.01.2019 die subjektiven Angaben der Patientin zu ihren psychischen Beschwerden zu entnehmen, dass sie auch am Unfalltag eine Stimme hörte, die sie Jesus Christus zugeordnet hat, der sie aufforderte, zu ihm zu kommen, und so hat Frau F einen Schritt aus dem Fenster des 4. Stockwerkes gemacht und dabei gar nicht mehr realisiert, dass sie 15 Meter in die Tiefe stürzen würde. Sie hat sich von Jesus getragen gefühlt. Nach ihren stundenlangen Notfalloperationen hat sie nach dem Aufwachen sieben Dämonengesichter direkt über sich gesehen. Im Nachhinein ist meine Klientin der Auffassung, dass es nicht die Stimme Jesus Christus sondern die Satansstimme gewesen sei, die sie gerufen hat. Seit dem Ritual im Dezember 2016 hört Frau F nach wie vor die Stimme von Satan. Im August 2018, als meine Klientin in die Dominikanische Republik geflogen ist, war die Stimme sehr präsent. Die Beurteilung von Dr. S ergab, dass **die psychotische Exazerbation im Dezember 2016 ohne jeden Zweifel als eine akute psychotische Episode einzustufen ist**. Obwohl eine psychotische Störung, welche über die seit Unfallereignis zu einer ersten und bislang einmaligen psychotischen Episode geführt hat, hinausgeht, schwer zu diagnostizieren sei, so ist dennoch zu beachten, dass meine Klientin seit dem Mai 2018 antipsychotisch behandelt wird. Zusammenfassend erlitt meine Klientin aufgrund des Abklärungsbericht von Dr. A. S am 15.12.2016 **ohne Zweifel eine akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD10 23.1)**.

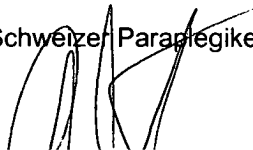
Es gilt erneut zu betonen, dass gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Vermutung greift, dass kein Selbsttötungsversuch gegeben ist. Es gibt gestützt auf die vorstehenden Ausführungen keine überzeugenden Umstände, welche diese Vermutung widerlegen können. Einzig der Umstand, dass im Polizeirapport oder der Unfallmeldung von einem Suizidversuch die Rede ist, reicht nicht, um die Vermutung zu widerlegen. Zum Verfügungszeitpunkt lagen keine ärztlichen Abklärungen bzw. Berichte vor, welche sich zur Urteilsfähigkeit meiner Klientin äusserten. Kommt hinzu, dass der Rapport von einem Polizisten aufgenommen wurde, welcher sich nicht dazu äussern kann, ob die Urteilsfähigkeit meiner Klientin gegeben war oder eben nicht. Die behandelnden Ärzte hingegen kommen zum Ergebnis, dass der Sturz in einer psychotischen Symptomatik geschehen ist. Im Ergebnis ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass Frau F in einer psychotischen Entgleisung aus dem Fenster aus dem 6. Stock stürzte, meine Klientin demnach klar urteilsunfähig und kein absichtlicher Suizidversuch gegeben war.

Der Vorfall erfüllt sämtliche Voraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG. Die erlittene sensomotorisch inkompletten Paraplegie sub L1 (AIS B) ist auf ein Unfallereignis im Sinne des Gesetzes zurückzuführen. Die Verfügung vom 19.01.2017 erweist sich gestützt auf die vorstehenden Ausführungen als zweifellos unrichtig, weshalb sie in Wiedererwägung zu ziehen und zu berichtigen ist. Dies erweist sich in vorliegender Angelegenheit als umso gerechtfertigter, als die Berichtigung der Verfügung vom 19.01.2017 für Frau F in jeder Hinsicht von erheblicher Bedeutung ist.

Ich bitte Sie um wohlwollende Prüfung und Gutheissung der Eingangs gestellten Anträge.

Freundliche Grüsse

Schweizer Paraplegiker-Vereinigung



Kopie:

- Klientin

Beilagen:

- Vollmacht vom 12.04.2019
- Verfügung Suva vom 19.01.2017
- Bericht SPZ vom 17.07.2018
- Zeugnis von Dr. med. M. ... vom 06.02.2019
- Abklärungsbericht von PD Dr.med. A. S. d vom 29.01.2019

VOLLMACHT

Frau F

nachstehend Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin genannt, bevollmächtigt hiermit unter
Einräumung des Substitutionsrechtes

mit Zustellungsdomizil auf der Kanzlei W

zur Vertretung in Sachen: **Suva und IV in Bezug auf den Vorfall vom 15.12.2016**

Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, den Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin in dieser
Sache zu vertreten und alle dazu erforderlichen Vorkehren, auch solche, wofür das
Gesetz eine Spezialvollmacht verlangt, in seinem/ihrem Namen zu treffen. Der
Bevollmächtigte wahrt die Interessen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin nach
Recht und Billigkeit und besorgt das ihnen Anvertraute gewissenhaft. Gleichzeitig
verpflichtet er sich zu Treue und Verschwiegenheit.

Ein gleichlautendes Doppel dieser Vollmacht steht zur Verfügung des
Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin. Die Vollmacht ist jederzeit widerrufbar.

Ort und Datum

Gmü. Suva, 12.4.2019

Die Bevollmächtigten



~~Der~~ Vollmachtgeber/~~Die~~ Vollmachtgeberin

Einschreiben

Frau

| F |

Suva

Datum 19. Januar 2017

Betrifft Ereignis vom

Unsere Referenz

Versicherte

www.suva.ch

Postadresse

Suva
Service Center
Postfach
6009 Luzern

Verfügung

Sehr geehrte Frau F

Durch die Arbeitslosenkasse liessen Sie das Ereignis vom melden.

Nach dem Ergebnis der Abklärungen handelt es sich um Folgen eines Tatbestandes, für den es der Suva verwehrt ist, Versicherungsleistungen auszurichten. Auf solche besteht nämlich nach Artikel 37 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung kein Anspruch, wenn der Versicherte den Gesundheitsschaden absichtlich herbeigeführt hat. Die von Ihnen angefragten Versicherungsleistungen können deshalb nicht erbracht werden.

Mittels Briefkopie orientieren wir Ihre Krankenkasse, die Swica.

Diese Verfügung wird rechtskräftig, wenn nicht innert 30 Tagen, von ihrer Zustellung an gerechnet, Einsprache erhoben wird. Die gesetzliche Frist kann nicht erstreckt werden. Eine allfällige Einsprache ist schriftlich oder durch persönliche Vorsprache bei der Suva Basel, St. Jakobs-Strasse 24, 4002 Basel, zu erheben und zu begründen.

Bei persönlicher Vorsprache ist die angefochtene Verfügung mitzubringen. Wenn Sie bei der Agentur vorsprechen wollen, rufen Sie bitte vorgängig für einen Termin an.

Freundliche Grüsse

Suva

Versicherungsleistungen

Kopie an

- S'
- O

'1

EINGEGANGEN 24. Juli 2016



Schweizer
Paraplegiker
Zentrum

Centre
suisse des
paraplégiques

Centro
svizzero per
paraplegici

Swiss
Paraplegic
Centre

KOPIE

Rehabilitation

Kontaktperson

Mottwil, 17. Juli 2016

F.

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir berichten Ihnen über oben genannte Patientin, welche vom 14.05.2016 bis 17.07.2016 bei uns hospitalisiert war.

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

1. Sensomotorisch inkomplette Paraplegie sub L1 (AIS B) bei Polytrauma nach Sturz aus 12 m Höhe am ehesten im Rahmen eines psychotischen Zustandsbildes 15.12.2016
2. Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis
 - aktenanamnestisch Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen sowie inhaltliche Denkstörungen
 - 20.06.2016 Konsilium Psychiatrie
 - DD Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (am ehesten F 20.0), DD schizoaffektive Störung (F25.9)
3. Leichtes bis mittelschweres depressives Syndrom
 - rezidivierende depressive Episoden
4. ADHS
 - 2011 Neuropsychologische Untersuchung

PSYCHOLOGISCHER VERLAUFSBERICHT

Frau Franzil ist eigenanamnestisch im Dezember 2016 aufgrund einer produktiven psychotischer Symptomatik in Form von visuellen und akustischen Halluzinationen aus dem Fenster gesprungen.

Eine suizidale Absicht verneint sie klar und glaubhaft. Die Erstrehabilitation in Basel hatte Frau F. aufgrund der psychischen Instabilität auf eigenen Wunsch vorzeitig beendet. Im klinischen Alltag fiel während des aktuellen Rehabilitationsaufenthaltes immer wieder eine starke Ambivalenz in den Aussagen der Patientin auf. Zudem war die mentale Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Die Patientin benötigte für einfache Aufgaben, wie die pflegerische Selbstversorgung, sehr viel Zeit und wirkte rasch überfordert. Während des Aufenthaltes äusserte die Patientin des Weiteren starke Schlafstörungen. Der Aufenthalt in unserer Klinik führte daher leider erneut zu einer Destabilisierung der psychischen Situation. Frau F. wäre rein funktionell selbständig, die psychische Situation macht sie aber sehr abhängig von der Mutter und anderen Hilfspersonen.

F

Der Aufenthalt in unserer Klinik führte daher leider erneut zu einer Destabilisierung der psychischen Situation. Frau F wäre rein funktionell selbständig, die psychische Situation macht sie aber sehr abhängig von der Mutter und anderen Hilfspersonen.

Frau F wurde während des Aufenthaltes auch durch unseren Psychiater beurteilt und die Medikation mit Quetiapin unter regelmässigen Kontrollen der QT-Zeit im EKG erhöht. Im Rahmen der hiesigen Rehabilitation erfolgten wöchentlich 1 - 2 psychologische Gespräche, welche ins Rehabilitationssetting integriert waren.

Gemäss der dokumentierten Vorgeschichte, dem psychiatrischen Konsilium vom 20.06.2018 sowie dem hiesigen psychotherapeutischen Verlauf besteht der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis am ehesten (F20.0) und/oder einer nicht weiter differenzierten Persönlichkeitsstörung. Gesichert scheint des Weiteren ein ADHS zu sein, entsprechend Aktenlage.

Aus der Aktenlage geht zumindest hervor, dass eine produktiv-psychotische Symptomatik mit unter anderem akustischen Halluzinationen in Form von Stimmen, möglicherweise bereits Monate vor dem Sprung im Dezember 2016 bestanden haben könnte. Letztendlich geht jedoch aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen auch hervor, dass zu jedem Zeitpunkt die eigenanamnestischen Angaben inhaltlich nicht kongruent waren und letztendlich aus diesem Grund offensichtlich bisher eine adäquate Einschätzung nicht gelungen zu sein scheint.

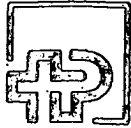
Gerade zu Beginn der hiesigen psychotherapeutischen Behandlung zeigte sich Frau F partiell kooperativ und sehr misstrauisch. Inhaltlich berichtete sie über erhebliche Schlafstörungen sowie negative Stimmen, die die Patientin in ihrem subjektiven Erleben als sehr bedrohlich beschreibt und die oftmals mit panikartigen Zuständen einhergehen würden.

Ein wahrhaftes Erleben war nicht sicher zu eruieren, zwischen den Zeilen klingt jedoch ein religiös gefärbtes paranoides Bild an, dass aufgrund der ablehnenden Haltung der Patientin jedoch ebenfalls nicht tiefer gehend evaluiert werden kann. Suizidalität verneint die Patientin, dies hätte auch beim Sprung in 2016 keine Rolle gespielt. Bezüglich der aktuellen psychiatrischen Medikation mit Quetiapin besteht eine enorme Ambivalenz, zum einen scheint sich die Patientin einer möglichen positiven Wirkung bewusst, zum anderen scheint eine erhebliche Nebenwirkungsangst zu bestehen. Darüber hinaus wird auch immer wieder die Notwendigkeit einer solchen Medikation per se infrage gestellt. Fragen zur Biografie werden auch nur äusserst sporadisch beantwortet, lückenhaft, auch hier kommt immer wieder die Gegenfrage, "wofür dies denn wichtig sei".

Während des Verlaufs war die Rehabilitationsfähigkeit der Patientin aus psychischen Gründen immer wieder fraglich. So kam es gerade zu Beginn der Behandlung wiederholt zu regressiven Ich-Zuständen mit phasenweisem komplettem Verlust der Erwachsenenkompetenz. In solchen Momenten äusserte Frau F sich ganz klein zu fühlen, wie ein Kind sowie Angst zu haben vor dem Alleinsein und dass sie oder ihre Mutter sterben könnte. Im Umgang mit dieser tiefgreifenden gegebenenfalls auch strukturell bedingten Verunsicherung, die ihm subjektiven Erleben der Patientin äusserst existenziell zu sein schien, suchte sie immer wieder engen Körperkontakt zu ihrer Mutter und klammerte sich auf kindlich anmutende Weise an sie oder ersatzweise auch an ein Übergangsobjekt. Die Fortsetzung der Rehabilitation war aufgrund dieser psychischen Instabilität für Frau F nur im Beisein ihrer Mutter bewältigbar, die sie stets begleitete. Im Rahmen der antipsychotischen und affektstabilisierenden Therapie mit Quetiapin, gelang es Frau F sich wieder zu stabilisieren und ihre Erwachsenenkompetenz wiederzuerlangen. Ab diesem Zeitpunkt konnte Frau F mehr Vertrauen in die therapeutische Beziehung gewinnen und wollte Strategien im Umgang mit ihren Ängsten aufbauen. So konnte mit der Zeit zum Beispiel mittels Distanzierungstechniken oder kognitiver Umstrukturierung am Umgang mit angstinduzierenden Gedanken und der Stärkung des inneren Zeugen gearbeitet werden.

Frau F ist sehr motiviert für eine weiterführende psychiatrische Behandlung, was wir ebenfalls als sehr indiziert erachten und unterstützen. Dabei wünschte sie eine Behandlung im ambulanten Setting ausschliesslich bei einer weiblichen Psychiaterin, äusserte explizit sich selbständig um die Terminvereinbarung zu kümmern. Entsprechende Adressen wurden der Patientin mitgegeben.

Der aktuelle Rehabilitationsaufenthalt wird in Absprache mit der Patientin und den Eltern aufgrund der Destabilisierung der psychischen Situation im Klinikumfeld zu Gunsten einer erhofften Stabilisierung zuhause, im familiären häuslichen Umfeld vorzeitig beendet. Körperlich ist die Patientin austrittsfähig. Für die häusliche Unterstützung nach Ausritt wird neu die psychiatrische Spitex eingesetzt. Eine psychiatrische Weiterbetreuung und -begleitung ist dringend empfohlen.



Schweizer Centre Centro Swiss
Paraplegiker suisse des svizzero per Paraplegic
Zentrum paraplégiques paraplegici Centre

Rehabilitation

SVA

Kontaktperson

Nottwil, 08. Juni 2018
SABA/FRES

Verlaufsbericht

Versichertennummer:

F1

Diagnosen:

1. Sensomotorisch inkomplette Paraplegie sub L1 (AIS B) bei Polytrauma nach Sturz aus 12m Höhe am ehesten im Rahmen eines psychotischen Zustandsbildes 15.12.2016
 - Wirbelsäulentrauma
 - zertrümmerte Distraktionsfraktur LWK1 sowie Berstungsfraktur LWK2
 - dislozierte Fraktur des Processus spinosus HWK7 sowie BWK1
 - dislozierter Sockelausriss des Sacrus beidseits
 - 15.12.2016 Spondylodese BWK11-LWK4, Universitätsspital Basel
 - 26.01.2017 Re-Spondylodese bei fremdmateriale-assoziiertem Infekt mit Staph. epidermidis
 - Thoraxtrauma
 - undislozierte Frakturen der Rippen 1 und 2 links
 - Pneumothorax rechts mit Spannungskomponente
 - undislozierte Sternumfraktur
 - Extremitätentrauma
 - offene Fussstrümmmerfrakturen beidseits
 - 15.12.2016 Transfixation mit Kirschnerdrähten
 - Deckung und Lappenplastik im Bereich beider Füße
 - 24.03.2017 Spalthauttransplantation Fuss rechts bei persistierender Wundheilungsstörung
2. Neurogene Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung
 - Urinableitung initial via suprapubischem Katheter
 - 28.05.2018 Entfernung des suprapubischen Katheters, Beginn mit intermittierendem Katheterismus
3. Abszessierende posttraumatische Osteomyelitis des Talus/Calcaneus beidseits mit OSG-Beteiligung links
 - 20.12.2016 ED
 - 20.12.2016 polymikrobielle akute Osteomyelitis und Zellulitis Fersen beidseits
 - 24.03.2017 OSME Füße beidseits, Débridement Fuss rechts, Spalthauttransplantation von Oberschenkel links auf rechten Fuss
 - Antibiotikatherapie
 - 30.06.2017 - 20.07.2017 Penicillin
 - 20.07.2017 - 28.09.2017 Clindamycin
 - 26.01.2018 Débridement und Sequesterektomie Calcaneus rechts, kein Keimnachweis

- 14.03.2018 Fistelexzision medial, Débridement, Biopsieentnahme, partielle Calcanektomie rechts bei chronischer Fistelung und komplexer Wundheilungsstörung
- 4. Erniedrigte Antithrombin-Aktivität
 - 01/2017 ED
 - DD hereditärer Antithrombin-III-Mangel, Effekt durch Fragmin, verminderte Synthese bei katabolem Zustand
 - 11.01.2017 Thrombose der Lappenarterie rechts unklarer Ätiologie bei ausgedehnter plastischer Deckung und Lappenplastik im Bereich der Füße beidseits
- 5. Verdacht auf Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenien und/oder bisher nicht weiter differenzierte Persönlichkeitsstörung
 - Aktenanamnestisch Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen sowie inhaltliche Denkstörungen
- 6. Leichtes bis mittelschweres depressives Syndrom
 - rezidivierende depressive Episoden
- 7. ADHS
 - 2011 Neuropsychologische Untersuchung
- 8. Neutropenie 18.01.2017
 - DD bei Einnahme von Metamizol (Novalgin)
- 9. Laktoseintoleranz
- 10. Akute spontane Urticaria
 - ED 04/2018, Dermatologie Universitätsspital Basel
 - Therapie mit Bilaxten und Montelukast

Aktueller Verlauf:

Oben genannte Patientin trat am 14.05.2018 in unsere stationäre Rehabilitationsbehandlung ein. Die von ihr selbst formulierten Ziele umfassen das intensive Training von Alltagsaktivitäten, wie dem Erlernen des intermittierenden Selbstkatheterismus, Anziehen, Transfers, Rollstuhlhandling, im weiteren die Anpassung der vorhandenen Hilfsmittel, insbesondere des manuellen Rollstuhls.

Die Vorgeschichte der Patientin ist komplex und geprägt durch teilweise diagnostizierte und vermutlich noch weitere bisher nicht diagnostizierte psychiatrische Krankheitsbilder. Bei Eintritt in unsere Klinik wurde in der neurologischen Untersuchung eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th12 festgestellt. Hier ergibt sich damit eine leichte Diskrepanz zu den vorbeschriebenen Befunden aus Basel wo die Patientin als sensomotorisch inkomplette Paraplegikerin sub L1 (AIS B) beschrieben wurde. Die Patientin ist aktuell daran, den intermittierenden Selbstkatheterismus zu erlernen, parallel dazu erfolgt die Rollstuhlanpassung sowie auch die Anpassung von zwei Spezialschuhen nach mehrfachen Fussoperationen beidseits. Im klinischen Alltag fällt aber immer wieder, insbesondere eine starke Ambivalenz in den Aussagen der Patientin auf. Zudem ist die mentale Belastbarkeit deutlich eingeschränkt, die Patientin benötigt für einfache Aufgaben, wie die pflegerische Selbstversorgung, sehr viel Zeit und wirkt rasch überfordert. Die Patientin weist im weiteren starke Schlafstörungen auf. In der weiteren psychologisch-/ psychotherapeutischen Abklärung zeigen sich mehrere Hinweise für eine zugrunde liegende Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenien und/oder einer bisher nicht weiter differenzierten Persönlichkeitsstörung.

In Bezug auf die weitere Arbeitsfähigkeit im erlernten kaufmännischen Bereich sehen wir daher, insbesondere aus den genannten psychischen Gründen, grosse Schwierigkeiten. Aufgrund der körperlichen Einschränkungen mit Paraplegie wäre aus unserer Sicht eine Integration im angestammten beruflichen Bereich, unter Berücksichtigung eines rollstuhladaptierten Arbeitsplatzes, durchaus möglich.

Ich hoffe Ihnen mit diesen Angaben gedient zu haben, sollten Sie weitere konkrete Fragen haben dürfen Sie sich gerne erneut an mich wenden.

Freundliche Grüsse
Schweizer Paraplegiker-Zentrum



Medl
santé

Frau

1 F

St. 11.11.19

1, 06.02.2019/mag

Arbeitsunfähigkeitszeugnis

1 F

Obengenannte Patientin, Frau 1 F ist über die unten erwähnte Zeit arbeitsunfähig.

Arbeitsunfähigkeit 100 % vom 15.12.16 bis vorläufig 30.06.19

Grund: Unfall / Krankheit

Medizische Begründungen:

- **Querschnittslähmung** mit motorischen und vegetativen Störungen (v.a. Blasenfunktion) nach Fenstersturz aus dem 6. Stock im Rahmen einer psychotischen Entgleisung
- **Psychotische Störung** mit Stimmenhören
- **Massive Inkontinenz**, Blasen-operation mit Urostoma demnächst vorgesehen

Freundliche Grüsse

Medl _____



Frau
Dr. med. C

Ort, Datum B: , 29.01.2019 /
e-mail
T direkt

F

Abklärungsbericht

Sehr geehrte Frau Dr. med. P. _____

Durch Frau M. Sc. I _____, Psychologin in der psychiatrischen Klinik S _____, erhielt ich am 29.11.2018 die schriftliche Anmeldung zur Abklärung obiger Patientin in der hiesigen Spezialsprechstunde B _____ für psychotische Frühphasen. Diagnostisch wird der Status nach einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung gemäss ICD10 F23.8 im Jahre 2016 festgehalten, als Verdacht wird eine wahnhafte Störung gemäss ICD10 F22.0 und differentialdiagnostisch eine paranoide Schizophrenie gemäss ICD10 F20.0 aufgeführt. Der Anmeldung lag eine ausführliche Zusammenfassung der Erstgespräche der ambulanten Behandlung in der Klinik S _____, datiert auf den 27.11.2018, bei, in welchem die psychischen Beschwerden der Patientin sorgfältig und eingehend beschrieben wurden, die sodann auch zum tragischen Unfall der Patientin vom 15.12.2016 führten.

Die Zuweisung zur hiesigen Spezialsprechstunde erfolgt bei noch unklarer diagnostischer Einschätzung.

Ich habe die Patientin am 20.12.2018 sowie am 10.01.2019 zu eingehenden ambulant-psychiatrischen Abklärungen empfangen. Nachfolgend fasse ich die von mir bei der Patientin erhobenen psychopathologischen Befunde zusammen und schliesse mit einer differentialdiagnostischen Beurteilung.

1. Anamnese

In der Heredität sei psychiatrischerseits auf einen Muttersbruder hinzuweisen, über den früher gesagt worden sei, dass an einer Schizophrenie leide, der aber unterdessen im Leben und im Beruf voll integriert sei, und bei dem möglicherweise eher eine Zwangsstörung vorliege.

Die Patientin selbst kam am 30.01.1984 als einziges Kind eines 1943 geborenen, aus Friaul/Italien stammenden Vaters und einer 1961 geborenen, aus der Dominikanischen Republik stammenden Mutter zur Welt. Der Vater sei Metallbauschlossler gewesen, danach habe er eine kaufmännische

F

Umschulung durchlaufen. Der Vater sei in Basel aufgewachsen und wohne nach wie vor in B. I. Die Mutter sei in den 80er Jahren in die Schweiz gekommen, sie habe viele Jahre bei der Post im Briefzentrum gearbeitet, danach sei sie als Raumpflegerin tätig gewesen, bis sie keiner ausserhäuslichen Tätigkeit mehr nachgegangen sei, nachdem sie Gelenkbeschwerden entwickelt und eine halbe Invalidenrente erhalten habe. Auch die Mutter wohne in B. I. Die Eltern seien seit ca. 2008 geschieden.

Zum Aufwachsen im Kern ihrer Familie gab die Patientin an, dass sie stets zu Hause aufgewachsen sei. Bis zur ihrem 16. Lebensjahr habe sie in Basel gewohnt, danach habe sie bis zum 20. Lebensjahr in der Dominikanischen Republik gelebt und sei daraufhin wieder nach B. zurückgekehrt. Der Vater habe viel gearbeitet, sie habe ihn vor allem an den Wochenenden gesehen. Der Vater sei ein "Spieler" gewesen, der in Casinos, z. B. in Baden, spielen gegangen sei. Er sei autoritär gewesen, die Patientin habe vor ihm Respekt gehabt. Sie habe ihn aber auch als einen liebenden Vater erlebt. Die Mutter habe der Patientin oftmals vieles verboten, sie sei streng mit ihr umgegangen, seit dem Unfall der Patientin vom 15.12.2016 habe sich dies ganz geändert. Die eheliche Beziehung der Eltern sei konfliktreich gewesen, sie hätten viel Streit miteinander gehabt, beide Eltern seien temperamentvolle Menschen, oft hätten sie heftig zusammen diskutiert, und die Patientin habe versucht, zwischen den Eltern zu schlichten. Oft sei die Patientin in ihrer Freizeit bei ihrer besten Freundin gewesen, deren Mutter ebenfalls aus der Dominikanischen Republik gestammt habe und als "Edelprostituierte" ihr Geld erworben habe. Bei der Freundin zu Hause seien Themen wie Alkohol und Sexualität üblich gewesen. Die Patientin habe oft bei dieser Freundin übernachtet. Diese Freundin habe sich im Übrigen im 07/2018 durch einen Sturz in die Tiefe suizidiert. Auf explizite Nachfrage hin teilte die Patientin mit, dass sie nicht etwa religiös aufgewachsen sei. In der Familie habe die Religion keinen Stellenwert gehabt. Die Patientin sei als Schülerin aus dem Bibelunterricht rausgelaufen. Die Mutter habe dann aber darauf bestanden, dass sie den Bibelunterricht besuche und an der Kommunion im Alter von 12 oder 13 Jahren teilnehme.

Zu ihrer Schulanamnese gab die Patientin an, dass sie in B. während vier Jahren die Primarschule, während drei Jahren die OS und während zwei Jahren die WBS durchlaufen habe. In der Mitte des 10. Schuljahres sei sie dann im Alter von 16 Jahren für vier Jahre in die Dominikanische Republik leben gegangen. In den Schulklassen sei sie immer sehr gut integriert gewesen. Ihre schulischen Leistungen seien ausser in Mathematik gut gewesen. Sie habe tolle Lehrer und tolle Mitschüler gehabt.

In der Dominikanischen Republik habe sie 1.5 Jahre internationale Studien studiert und unter anderem an einem Informationsschalter im Flughafen, in einer Versicherungsgesellschaft sowie für ihre Verwandtschaft gearbeitet.

Zu ihrer Berufsbildungsanamnese gab die Patientin an, dass sie nach ihrer Rückkehr in die Schweiz zwischen 2012 und 2014 eine kaufmännische Ausbildung erfolgreich durchlaufen habe.

Zu ihrer Berufsanamnese gab die Patientin an, dass sie einen 3-seitigen Lebenslauf habe mit ca. 10 Arbeitsstellen, den sie aber zur Untersuchung nicht mitgebracht habe. Die längste Anstellung sei bei S. in T. während 1.5 Jahren gewesen, auch sei sie einmal 1.5 Jahre in der N angestellt gewesen. Die anderen Anstellungen hätten nicht so lange gedauert. Oft sei es der Patientin langweilig geworden, sie habe sich unterfordert gefühlt, sei aber auch oft gemobbt worden. So habe sie oft selbst die Stellen gekündigt. Ihre letzte Arbeitsstelle habe sie bis 07/2016 gehabt, danach habe sie Arbeitslosengelder bezogen.

Zu ihrer aktuellen sozialen Situation gab die Patientin an, dass sie in B. alleine in einer Mietswohnung wohne.

Ihre Alkoholanamnese sei ebenso bland wie ihre Drogenanamnese. Auch ihre Anamnesen betreffend körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch seien bland.

Zum Unfall befragt, gab die Patientin an, dass sie am 15.12.2016 aus dem 4. Stockwerk einer Liegenschaft aus 15 Meter Höhe gestürzt sei und axial mit den Füßen auf den Boden aufgetroffen habe. Sie zog sich zahlreiche Frakturen zu. Zwei Wirbelkörper waren gebrochen, der Wirbelkörper L1 war vollständig zerstört, der Wirbelkörper L2 war abgebrochen. Die Patientin ist seit diesem Unfall ab Höhe L1/L2 vollständig gelähmt. Es sei eine Versteifungsoperation durchgeführt worden. Sie habe auch Rippenfrakturen erlitten. Auch habe sie ihre Füße gebrochen, so sei beispielsweise $\frac{1}{3}$ des Os calcaneus links nicht mehr vorhanden. Sie habe eine schwere Osteomyelitis entwickelt, weil sie auf dreckiger Erde gelandet sei und offene Frakturen erlitten habe. Sie habe ca. 20 Operationen an den Füßen unter Vollnarkose gehabt. Sie sei während vier Monaten in der Rehaklinik N und während fünf Monaten in der R gewesen. Sie sei seit dem Unfall rollstuhlpflichtig. Sie sei inkontinent und trage dauernd einen Blasenkatheter.

2. Subjektive Angaben der Patientin zu ihren psychischen Beschwerden

Ich möchte vorweg nehmen, dass im Zusammenfassungsbericht der Klinik S vom 27.11.2018 die Entwicklung der psychotischen Episode im 12/2016 bereits detailliert und sorgfältig zusammengefasst wurde.

Zunächst teilte die Patientin mit, dass sie schon immer gedacht habe, dass sie etwas anders sei als Andere. Sie sei oft schnell verletzlich und kränkbar gewesen. In Beziehungen zu Männern habe sie immer "Pech gehabt", sie sei "sehr naiv und leichtgläubig" gewesen, und die Männer, mit denen sie Beziehungen geführt habe, seien "rotten" [dt. niederträchtig] und "kaputt" gewesen. Wenn sie jeweils von ihren Freunden verlassen worden sei, sei dies für sie besonders schlimm gewesen, sie sei "abgestürzt", zerbrochen und sehr traurig gewesen. Impulsiv sei sie nie gewesen, sie habe sich auch nie Selbstverletzungen zugefügt und auch nie Suizidideen gehabt. Einzig im Alter von 11 Jahren im Rahmen ihrer "ersten Beziehung" habe sie nach der Trennung 10 Tbl. Ponstan 500 mg eingenommen, dabei sei aber gar nichts geschehen. Es sei ihre erste grosse Liebe gewesen. Sie beschrieb dann eine Beziehung zu einem Mathematiker, der ihr gegenüber sehr dominant gewesen sei, in dieser Beziehung habe die Patientin viel geweint. Sie sei in dieser Zeit ein- oder zweimal zu einem Psychologen gegangen, später sei sie einmal erneut eines Beziehungsabbruchs wegen für kurze Zeit in psychologische Sitzungen gegangen.

Bis anfangs 12/2016 sei psychisch aber insgesamt alles stabil geblieben. Ab 10/2016 hatte sie begonnen, regelmässig die Bibel zu lesen. Sie habe den Wunsch gehabt, "zu mir zu finden". Im 12/2016 habe sie dann bemerkt, dass sie in ihrer damaligen Wohnung in B kaum richtig schlafen könne. Ein früherer Mitarbeiter von ihr habe ihr dann ein Buch empfohlen, in welchem beschrieben werde, wie mit schamanischen Methoden Geister ausgetrieben werden können. Die Patientin habe dieses Buch "verschlungen" und alles genau nach Anleitung umgesetzt. Sie habe dann bemerkt, dass beispielsweise ihr Natel "selbständig geworden" sei, es habe selbst zu schreiben begonnen, auch seien komische Wörter auf dem Natel aufgetaucht. Sie habe ihrem Chef ein "komisches SMS" geschrieben, wer von Gott und wer vom Teufel sei. Sie habe dann eine Stimme gehört, die ihr gesagt habe, dass sie Maria sei. Sie habe Brillanten an der Wand gesehen. Sie habe sich im Bad eingeschlossen und gezittert und vibriert, sie habe zu schreien begonnen, es seien sieben verschiedene dämonische Geschreie gewesen. Dann habe auch eine Männerstimme durch sie gesprochen, die sie nur einmal gehört habe. Sie sei in dieser Zeit in den Wald laufen gegangen, dabei sei sie durch einen Wind von einem Baum zum anderen geworfen worden und habe sich Schürfungen und Verletzungen zugefügt. Sie habe am 14.12.2016 nach Santa Domingo angerufen und mitgeteilt, dass sie eine Stimme höre, die ihr sage, dass sie sterben werde. Die Patientin habe dann eine Stimme gehört, die sie Jesus Christus zugeordnet habe, der sie aufgefordert habe, zu ihm zu kommen, und so habe die Patientin einen Schritt aus einem Fenster eines 4. Stockwerks gemacht

und dabei gar nicht mehr realisiert, dass sie 15 Meter in die Tiefe stürzen werde. Sie habe sich von Jesus getragen gefühlt. Nach den zahlreichen stundenlangen Notfalloperationen habe sie nach dem Aufwachen sieben Dämonengesichter direkt über sich gesehen und sei massiv erschrocken. Im Nachhinein wisse sie, dass es nicht die Stimme von Jesus, sondern die Satansstimme gewesen sei, die sie gerufen habe, das heisst Satan habe sich als Jesus ausgegeben.

Seit dem oben erwähnten Ritual im 12/2016 höre sie die Stimme von Satan. Als sie beispielsweise im 08/2018 in die Dominikanische Republik geflogen sei, sei diese Stimme sehr präsent gewesen. Auf dem Rückflug habe sie die Stimme nicht mehr gehört. Sie erlebe diese Stimme als real. Die oben erwähnte Männerstimme habe sie nur einmal gehört. Seit den sieben Dämonengesichtern nach der Operation habe sie bis auf ein einmaliges "Blinzeln der Sonne" keine optischen halluzinatorischen Phänomene mehr erlebt. Olfaktorisch-gustatorische sowie zönästhetische halluzinatorische Phänomene habe sie nie erlebt.

Sie bemerke, dass die Stimme von Satan immer dann sehr präsent sei, wenn sie sich wieder mehr ihrer christlichen Gemeinde annähere bzw. wenn "Jesus wieder ganz in mir ist". Wenn sie sich wieder von Jesus entferne, würde auch die Satansstimme zu sprechen aufhören. Die Patientin sei am 08.09.2017 in der Gemeinde Christi an der Leimenstrasse in Basel getauft worden. Anfänglich habe sie keine Symptome gehabt. Dann hätten die Anfechtungen durch die Satansstimme wieder begonnen. Eben noch am Vorabend der zweiten hiesigen Abklärung habe die Satansstimme ihr gesagt, dass sie qualvoll sterben werde. Manchmal höre sie dann auch groteske sexuelle Wörter, oder es drängten sich groteske sexuelle Bilder auf, und zwar von diversen Sexualpraktiken.

Zum Erleben von Phänomenen aus dem Wahnspektrum teile die Patientin mit, dass sie manchmal das Gefühl habe, dass Jemand da sei, sie wisse aber nicht wer, manchmal fühle sich dies gut, manchmal fühle es sich weniger gut an. Es ergaben sich auf Nachfragen keinerlei Hinweise für Wahnstimmung, Wahnwahrnehmungen, Beziehungsideen oder regelrechte paranoide Ideen.

Zum allfälligem Erleben von Erstrangsymptomen gab die Patientin an, dass sie sich manchmal vorstelle, ob es Satan sei, der ihr die Gedanken gebe, das heisst ob ihre Gedanken jene von Satan seien, sei sich aber nicht sicher. Sie verneinte Fremdsteuerung durch Andere, Gedankenlesen durch Andere, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden sowie Gefühle des Gemachten.

Zu den bisherigen psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlungen gab die Patientin folgendes an: Im Universitätsspital wo sie nach dem Sturz vom 15.12.2016 operiert worden sei, sei sie mit Aurorix 150 mg antidepressiv behandelt worden. Zwischen 02/2017 und 08/2017 sei die Patientin in der Ri I gewesen, wo ihr Aurorix 300 mg, Remeron 15 mg sowie Temesta expidet 1 mg verschrieben worden sei. Erstmals habe sie Antipsychotika erhalten, als sie zwischen 05/2018 und 07/2018 im Paraplegikerzentrum in N. gewesen. Zuvor habe sie nie Antipsychotika erhalten. Quetiapin sei von einer Tagesdosierung von 25 mg schrittweise auf 250 mg erhöht worden. Die Patientin habe dort psychologische Sitzungen erhalten. Sie sei dann in die Dominikanische Republik gereist, wo sie zwei oder drei Sitzungen bei einem Psychiater gehabt habe. Daraufhin sei die Patientin dreimal in den UP an der gewesen, wo sie Quetiapin in einer Dosierung von 200 mg erhalten habe. Es sei ihr empfohlen worden, sich in Behandlung in die Klinik S zu begeben.

Ihre aktuelle psychopharmakologische Behandlung bestehe aus Escitalopram 10 mg 1 Tbl. morgens, Zyprexa 2.5 mg abends, sowie Risperdal 4 ml (entspricht 4 mg) abends. Quetiapin habe auf das Stimmenhören keine Wirkung gehabt. Zyprexa und Risperdal seien diesbezüglich viel besser, sie höre die Stimmen nicht ständig und erlebe auch ganze Tage ohne Stimmenhören.

3. Objektive Untersuchungsbefunde

Die Patientin erschien rechtzeitig zu beiden Untersuchungsterminen. Sie war allseits orientiert und bewusstseinsklar. Sie ist rollstuhlpflichtig. Das Hautkolorit war unauffällig. Der Gesichtsausdruck zeigte keinerlei Hinweise für eine Müdigkeit, Depressivität oder Avitalität. Als ich sie aber auf ihre Grundstimmung ansprach, wirkte der Gesichtsausdruck eher bedrückt. Die Kleidung war ordentlich gepflegt, die Hygiene schien intakt. Psychomotorisch zeigte sie weder eine Verlangsamung noch eine Agitation. Der Blickkontakt war adäquat auf den Referenten gerichtet und jederzeit vigilant. Sie zeigte eine sehr gute Kooperationsbereitschaft. Es ergaben sich keinerlei interaktionellen Schwierigkeiten. Als sie über andere Personen aus ihrem Leben berichtet, zeigte sich keine Polarisierungstendenz. Als sie über belastenden Lebensereignisse erzählte, zeigte sich keine Externalisierungstendenz. Sie schien transparent und offen aus ihrem Leben zu berichten und keinerlei Angaben zurückhalten oder verbergen zu wollen.

Sprachmotorisch zeigte sie keinerlei Auffälligkeiten: Sowohl Sprachinitiierung, Sprachfluss, Sprachtonus als auch Sprachmodulation lagen allesamt in der guten Bandbreite der Norm. Ihre Intelligenz wie auf ihre allgemeinen kognitiven Ressourcen lagen im klinischen Eindruck in der guten Bandbreite der Norm.

Im formalen Denken zeigte sie eine Einengung um ihre psychischen Beschwerden. Ansonsten war das formale Denken unauffällig: Es war weder verlangsamt noch beschleunigt, es zeigten sich keine Gedankensperrungen, es war jederzeit gut verständlich, differenziert strukturiert und zu keinem Zeitpunkt desorganisiert (weder inkohärent, zerfahren, noch ideenflüchtig). Zum inhaltlichen Denken siehe obiges Kapitel 2.

Die Grundstimmung der Patientin war hauptsächlich euthym, bisweilen imponierte die Patientin leicht bedrückt, nicht aber regelrecht depressiv. Sie zeigte weder eine Affektverarmung, eine Affektverflachung, noch eine Affektstarre. Die affektive Schwingungsfähigkeit war sehr gut erhalten. Der affektive Rapport war sehr gut etablierbar. Sie zeigte weder eine Affektlabilität noch eine Affektinkontinenz. Sie war affektiv jederzeit sehr gut spürbar. Der Referent erlebte zu keinem Zeitpunkt das sogenannte Praecox-Gefühl.

4. Beurteilung

Wir haben es hier mit einer aktuell knapp 34-jährigen Patientin zu tun, die am 15.12.2016 unter tragischen Umständen 15 Meter in die Tiefe stürzte und sich dabei multiple Frakturen und schwerwiegende, invalidisierende Körpervletzungen zuzog, wobei zur Hauptsache die Paraplegie zu erwähnen ist, weshalb die Patientin seither rollstuhlgängig geworden ist.

Die differentialdiagnostische Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufs und der von der Patientin seit 2016 erlebten und hier beschriebenen Psychopathologie ist keine einfache. Wir können die psychotische Exazerbation im 12/2016 ohne jeden Zweifel als eine akute psychotische Episode einstufen. Die Patientin entwickelte innert wenigen Tagen, nachdem sie begonnen hatte, mit schamanistischen Methoden ihre Wohnung von Geistern zu befreien, eine Vielzahl von psychotischen Symptomen, so unter anderem akustische und optische Halluzinationen, möglicherweise auch wahnhaftes Denkinhalte, zumal sie sich von Satan beeinträchtigt fühlte, und ihre Angaben zu Schreien und Zittern weisen daraufhin, dass eine grosse Angst zumindest phasenweise aufgetreten war, zudem zeigte sie ein desorganisiertes Handeln, sodass wir ohne Weiteres eine akute polymorphe psychotische Störung diagnostizieren könnten, würde es sich um eine psychotische Episode handeln, die sodann vollständig remittierte und zum vollständig blanden prämorbid psychischen Zustandsbild zurückführte.

Akute vorübergehende psychotische Störungen, zu welchen auch die akuten polymorphen psychotischen Störungen gehören, müssen drei diagnostische Kriterien erfüllen (Simon AE et al, *Swiss Med Forum* 2012): Sie müssen akut innerhalb von zwei Wochen auftreten; sie müssen rasch auf Behandlungsmassnahmen ansprechen (gemäss ICD10 innerhalb von vier Wochen, gemäss klinischer Erfahrung kann diese Remissionsphase durchaus etwas länger dauern); und die Symptome müssen vollständig remittieren mit Wiedererlangung des vollständigen Funktionsniveaus

des betroffenen Patienten. Im Rahmen einer erstmaligen akuten psychotischen Episode können wir selbstverständlich das dritte Kriterium nicht beurteilen, weil uns prospektive Informationen noch fehlen. Das dritte Kriterium lässt sich einzig retrospektiv beurteilen. Es fällt auf, dass die Patientin zwar seit 12/2016, als sie oben beschriebenes Ritual bei sich zu Hause begann, die Stimme Satans zu hören begann, welche sie bis heute hört, dass sie aber erst im 05/2018 im Rahmen ihres Aufenthaltes im Paraplegikzentrum N ... erstmals antipsychotisch behandelt wurde. Anderweitige psychotische Symptome hat sie seit der Episode im 12/2016 nie mehr erlebt. Es wäre bei dieser Patientin also theoretisch das erste diagnostische Kriterium erfüllt, und wenn wir zum Schluss kämen, dass das weiterhin erlebte Stimmenhören keine eigentliche psychotische Qualität hat, wären auch das zweite und das dritte Kriterium erfüllt.

Somit geht es nun darum, die diagnostische Validität dieses isolierten Stimmenhörens genau zu verstehen, wobei wir diese Beurteilung selbstverständlich immer vor dem Hintergrund vornehmen müssen, dass im 12/2016 eine akute psychotische Episode vorlag. Die Patientin verneint jegliches Erleben aus dem Wahnspektrum sowie jegliches Erleben von Ich-Störungen. Wenn sie mitteilt, dass sie unsicher ist, ob ihre Gedanken nicht von Satan eingegeben werden, so handelt es sich hier nicht um ein eigentliches Erstrangsymptom im Sinne einer Ich-Störung, da die Patientin erstens nicht davon überzeugt ist, dass dieser Prozess tatsächlich so stattfindet, und weil zweitens nachvollziehbar ist, dass sie im Rahmen des Stimmenhörens die Folgen dieses Stimmenhörens durchaus zwischenzeitlich auch "ausbaute".

Im objektiven Psychostatus zeigt die Patientin sodann überhaupt keine Auffälligkeiten, die uns an eine psychotische Entwicklung denken lassen. Hier interessieren uns die affektiven Parameter wie auch das formale Denken. Sie zeigt affektiv keinerlei Affektverflachung oder Affektstarre, sie war affektiv jederzeit gut spürbar, und im Übrigen erlebte der Referent zu keinem Zeitpunkt das im Kontakt mit psychotischen Menschen so klassische Praecox-Gefühl (H. C. Rümke 1958). Überdies zeigte die Patientin in den objektiven Parametern wie Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik sowie Denkt tempo keine Hinweise für psychotische Negativsymptomatik, und es ergaben sich in der hiesigen klinischen Untersuchung auch keinerlei Hinweise für kognitive Einbussen, die wir bei länger dauernden psychotischen Erkrankungen ebenfalls erwarten würden (Simon AE et al, *Schizophrenia Bulletin* 2007).

Ganz grundsätzlich erwarten wir wie oben schon erwähnt eine vollständige Remission der psychotischen Symptome, falls tatsächlich nur eine akute vorübergehende psychotische Störung vorliegt, wobei ich die Bezeichnung "nur" deshalb wähle, weil die Prognose diese psychotischen Subtyps ausgezeichnet ist, zumal wie oben schon erwähnt die Betroffenen ihr prämorbid funktionelles Niveau einschliesslich kognitiver Funktionen wieder vollständig erlangen, auch wenn die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen durchaus auch zu Rückfällen neigen können, was aber an der ausgezeichneten Langzeitprognose nichts ändert (Simon AE et al, *Swiss Med Forum* 2012). Das Funktionsniveau der Patientin ist hinsichtlich ihrer kognitiven Ressourcen vollständig bland. Die weiteren Lebensbereiche, in welchen das Funktionsniveau beurteilt werden kann, sind durch die schwere physische Invalidität der Patientin nicht ohne Weiteres zu beurteilen. In den hiesigen Gesprächen aber zeigt sie eine einwandfreie Kooperationsbereitschaft, und in der Interaktion sind keine Auffälligkeiten erkennbar.

Es fällt mir ausserordentlich schwer, bei dieser Patientin aufgrund dieser weitgehend blanden Befunde eine psychotische Störung zu diagnostizieren, die über eine akute vorübergehende psychotische Störung, die im 12/2016 zu einer ersten und bislang einmaligen psychotischen Episode geführt hat, hinausgeht. Selbstverständlich muss aber auch beachtet werden, dass die Patientin seit 05/2018 antipsychotisch behandelt wird. Daher können wir nicht ohne Weiteres konklusiv beurteilen, ob nicht doch psychotische Symptome wieder auftreten würden, bestünde keine antipsychotische Behandlung mehr. Demgegenüber aber wissen wir - wie ich es oben schon erwähnt habe -, dass die Patientin nach der psychotischen Erstepisode im 12/2016 während anderthalb Jahren ohne

Antipsychotika behandelt wurde und bis auf das Stimmenhören keine weiteren psychotischen Symptome entwickelt hatte. Somit ist nach meinem Dafürhalten nicht zwingend postulierbar, dass die Patientin ohne antipsychotische Medikation wieder weitere psychotische Symptome entwickeln würde.

Interessant ist, dass sie zunächst mitteilt, dass sie an der Realität der Satansstimme festhält und von dieser überzeugt ist, dass sie in diesem Zusammenhang überdies davon überzeugt ist, dass sie die Satansstimme vor allem dann hört, wenn sie "ganz nahe bei Jesus" ist, während sie aber gleichzeitig auch anerkennen kann, dass die Antipsychotika zu einer deutlichen Linderung in der Häufigkeit und in der Intensität des Stimmenhörens führen. Alleine der Umstand, dass die Patientin diesen Einfluss der Antipsychotika erkennen kann, und mehr noch: dass sie auch erkennen kann, dass hier eben auch ein gewisser Widerspruch impliziert ist, dass sie nämlich das Stimmenhören einer realen äusseren Quelle, nämlich Satan, zuschreibt, gleichzeitig aber davon überzeugt ist, dass das Stimmenhören durch ein chemisches Präparat vermindert werden kann, ist nach meinem Dafürhalten diagnostisch ausserordentlich wichtig. Denn mit diesem Bewusstsein kann sich die Patientin offenbar in einer Weise mit ihren psychischen Beschwerden auseinandersetzen, wie dies bei psychotischen Patienten nicht mehr möglich ist. Zwar kennen wir alle aus unserer klinischen Erfahrung schizophrene Patienten - und zwar handelt es sich dabei keineswegs um die Minderheit -, welche unkorrigierbar an ihren psychotischen einschliesslich wahnhaften Überzeugungen festhalten, während sie aber gleichzeitig gewissenhaft die ihnen verordneten Antipsychotika einnehmen. Hier geht es bei dieser Patientin aber darum, dass sie diesen Widerspruch erkennen kann und durch diesen Widerspruch auch in der Lage ist, den realen Einfluss und letztendlich die Realität der Satansstimme zumindest teilweise in Frage zu stellen, womit die wahnhafte unkorrigierbare Überzeugung nicht wirklich vorliegt. Somit ist überaus fraglich, ob das Stimmenhören eine eigentliche psychotische Gestalt hat.

Es scheint mir von besonderer Bedeutung, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die prämorbid innerpsychische Struktur dieser Patientin mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ganz bläulich war. Sie berichtet über wiederholte Stellenwechsel, wobei sie offenbar immer wieder selbst kündigte, auch berichtet sie über wiederholt erlebtes Mobbing. Zudem berichtet sie über schwierige Beziehungsgestaltungen zu Männern, wo sie nach Trennungen, die von den Männern veranlasst wurden, jeweils in psychische Not geriet. Die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen können gemäss ICD10 mit dem Zusatzkriterium "mit" oder "ohne Belastung" vermerkt werden. Auch in der Literatur finden sich verschiedene Vorreitermodelle aus den diversen früheren psychiatrischen Schulen (Simon AE et al, *Swiss Med Forum* 2012), welche nicht immer einheitlich die Notwendigkeit einer äusseren Belastung voraussetzten. Aus den langjährigen klinischen Erfahrungen im Rahmen der hiesigen Spezialsprechstunde für psychotische Frühphasen, wo unterdessen 801 jugendliche und junge erwachsene Patientinnen und Patienten hinsichtlich eines Psychoserisikos abgeklärt wurden, konnte bei jenen Patienten, bei welchen eine akute vorübergehende psychotische Störung diagnostiziert wurde, immer ein anhaltender prämobider innerpsychischer Konflikt eruiert werden, der sodann einzig durch die psychotische Symptomformation im Rahmen der psychotischen Exazerbation "gelöst" werden konnte (Mentzos S, *Vandenhoeck & Ruprecht* 1992). Dabei ist interessant, dass diese Gruppe von Patienten mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen, die in der hiesigen Spezialsprechstunde untersucht und weiterhin im Langzeitverlauf regelmässig kontaktiert werden, bis auf eine Ausnahme allesamt junge Frauen sind. Auch in der Literatur werden die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen grösstenteils beim weiblichen Geschlecht diagnostiziert (Karl Leonhard 1957). Häufig sind Anteile in der innerpsychischen Struktur zu eruieren, die noch teilweise wenig entwickelt und mit nicht unerheblicher Selbstunsicherheit gekoppelt sind, sodass die eigentliche Ich-Struktur dieser betroffenen Patientinnen noch nicht vollumfänglich sublimiert ist, und somit die sogenannte Ich-Kohäsion (Scharfetter C, *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998) noch nicht ausreichend gewährleistet ist. Nicht selten sind auch ungelöste Sexualtriebe hierfür ursächlich. Es dürfte daher auch kein Zufall sein, dass die Patientin im Rahmen ihres Stimmenhörens mitunter auch groteske Bilder und Wörter über Sexualpraktiken wahrnimmt.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass diejenige Symptomformation, die in der hiesigen Spezialsprechstunde alle anderen Symptomformationen um ein Vielfaches übertrifft, isolierte Sinnestäuschungen sind, hauptsächlich isoliertes Stimmenhören. Nie handelt es sich dabei um eine eigentliche schizophrene Erkrankung, wie dies unterdessen zahlreiche Langzeituntersuchungen aufzeigen können. Immer sind sie auf dem Boden von belasteten systemischen Verhältnissen oder aber unsublimierten innerpsychischen Strukturen entstanden (Simon AE, Karger Verlag 2016). Es handelt sich dabei also immer um dissoziative Phänomene und nicht um eigentliche psychotische Symptome.

Es stellt sich daher bei der hier untersuchten Patientin ganz grundsätzlich die Frage, was der Grund dessen ist, dass sie nun derart stark an ihrem Glauben festhält. Selbstverständlich lässt sich nachvollziehen, dass die Patientin durch ihren tragischen Unfall ihre körperliche Integrität verloren hat und der Glaube ihr ein wichtiger Halt und Inhalt im Leben gibt, den es nicht aufzulösen gilt. Jedoch gilt es im Rahmen einer Psychotherapie zu verstehen und mit der Patientin zu erarbeiten, dass zwischen dem persistierenden Stimmenhören und dem Haften an ihrem Glauben ein Zusammenhang mit einer teilweise noch zu wenig gereiften Persönlichkeitsstruktur besteht.

Zusammenfassend gehe ich aufgrund dieser eingehenden differentialdiagnostischen Beurteilung nicht von einer aktuell noch vorliegenden psychotischen Störung aus. Im 12/2016 erlitt die Patientin ohne Zweifel eine akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD10 23.1). Das von ihr seither noch erlebte Stimmenhören hat nach meinem Dafürhalten keinen psychotischen Charakter, sondern entspringt dissoziativen Mechanismen.

Der Vollständigkeit ist hier zu erwähnen, dass für den Fall, dass bei dieser Patientin weiterhin noch diverse psychotische Symptome trotz antipsychotischer Medikation vorliegen würden und somit das dritte diagnostische Kriterium für eine akute vorübergehende psychotische Störung nicht erfüllt wäre, entweder eine schizoaffektive Störung oder aber eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert werden müssten, je nach dem, wie stark die affektive Symptomendimension ausgeprägt ist bzw. je nach dem, wie stark wir diese im gesamten Symptomenbild gewichten.

5. Empfehlungen/Prozedere

Es ist notwendig, dass sich die Patientin in eine längerdauernde Psychotherapie begibt, die möglichst auch tiefenpsychologisch ausgerichtet ist, um mit der Patientin zusammen die oben beschriebenen Zusammenhänge erarbeiten und bewusst werden zu lassen. Eine antipsychotische Medikation kann durchaus noch verordnet werden, sie wird nicht dauerhaft notwendig sein, allerdings bietet diese der Patientin aktuell noch einen gewissen Schutz. Eine antipsychotische Doppelmedikation ist jedoch nicht notwendig, zudem reichen Tagesdosierungen von Risperdal in der Höhe von 2 mg aus, höhere Dosierungen führen nicht zu einer stärkeren antipsychotischen Wirkung, allerdings zu vermehrten Nebenwirkungen.

In unserem Telefongespräch vom 17.01.2019, in welchem ich Ihnen meine differentialdiagnostische Beurteilung mitgeteilt habe, haben wir vereinbart, dass ich Ihnen in den nächsten Tagen noch Vorschläge für ambulante Psychotherapeuten mitteile.

Freundliche Grüße
elektronisch signiertes Dokument