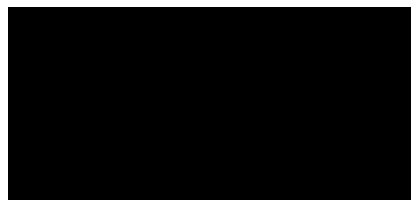
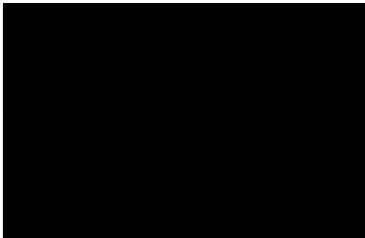


**SMAB AG St. Gallen**



St. Gallen, 01. Mai 2019

## **GUTACHTEN**

**UVG – Ereignis vom 15.05.2017**

T  D 

**Versicherten-Nr.:** 

**Eingang Dossier: 30.11.2018**

**Versand Gutachten: 01.05.2019**

Sehr geehrte Frau 

Wir danken Ihnen für den Auftrag zur polydisziplinären Abklärung der genannten versicherten Person. Unser Gutachten stützt sich auf das Studium der von Ihnen zugestellten und von uns beigebrachten Unterlagen, auf die eigenen, persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen sowie Beurteilungen in den Fachgebieten

- Neurologie vom 27.02.2019 – Federführung
- Neuropsychologie vom 23.01.2019
- Kieferchirurgie vom 08.02.2019
- Ophthalmologie vom 22.02.2019
- Psychiatrie vom 25.02.2019
- Orthopädie/Traumatologie vom 28.02.2019

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>A.</b>	<b>GRUNDLAGEN .....</b>	<b>3</b>
<b>B.</b>	<b>VORGESCHICHTE GEMÄSS AKTENLAGE .....</b>	<b>3</b>
<b>C.</b>	<b>EINLEITUNG – ZUSAMMENFASSUNG MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE.....</b>	<b>8</b>
<b>D.</b>	<b>DIAGNOSEN UND SYNTHESSE AUS ALLEN UNTERSUCHTEN FACHGEBIETEN NACH ABSCHLUSS DES KONSENSPROZESSES AM 17.04.2019 (DIE VOLLSTÄNDIGEN FACHGUTACHTEN SIND IM ANHANG).....</b>	<b>9</b>
<b>E.</b>	<b>FRAGEN (POLYDISZIPLINÄR BEANTWORTET) .....</b>	<b>11</b>
<b>F.</b>	<b>BEMERKUNGEN .....</b>	<b>15</b>
	<b>NEUROLOGISCHES GUTACHTEN – FEDERFÜHRUNG.....</b>	<b>17</b>
	<b>PSYCHIATRISCHES GUTACHTEN .....</b>	<b>24</b>
	<b>ORTHOPÄDISCH-/TRAUMATOLOGISCHES GUTACHTEN .....</b>	<b>36</b>
	<b>KIEFERCHIRURGISCHES GUTACHTEN.....</b>	<b>BEILAGE</b>
	<b>OPHTHALMOLOGISCHES GUTACHTEN.....</b>	<b>BEILAGE</b>
	<b>NEUROPSYCHOLOGISCHES GUTACHTEN.....</b>	<b>BEILAGE</b>

## A. GRUNDLAGEN

Der polydisziplinäre Gutachtensauftrag wurde im Rahmen der Abklärungen zur medizinischen Standortbestimmung erteilt.

Auf Wunsch (schriftliche Bestätigung) der versicherten Person wurden die Untersuchungen ohne professionelle Übersetzung durchgeführt.

### Angaben zur versicherten Person

Nationalität: Italien (in der Schweiz geboren und aufgewachsen)

Gelernter Beruf: Anlehre als Maler

Letzte Tätigkeit: Verschiedene Tätigkeiten als Verkäufer, Lagerist, Staplerfahrer, auf Baustellen und schliesslich zuletzt im Aussendienst bei CWS. Der Versicherte befindet sich aktuell nicht in einem Arbeitsverhältnis.

## B. VORGESCHICHTE GEMÄSS AKTENLAGE

Wir gehen von der Annahme aus, dass uns sämtliche medizinischen Dokumente zur Verfügung gestellt wurden, welche eine fundierte Beurteilung des Falles erlauben.

1. **26.06.2017 Polizeiprotokoll Kantonspolizei Zürich:** Tötungsversuch durch Schuss in den Kopf vom 15.05.2017. Verletzungen des Versicherten: Oberarm Schussverletzung, Kopfdurchschuss.
2. **23.05.2017 Austrittsbericht UniversitätsSpital Zürich, Unfallchirurgie:** Hospitalisation vom 15.05.2017 bis 22.05.2017. Diagnosen: 1. Schussverletzung des Viscerokraniums mit Beteiligung intraorbitaler Strukturen links sowie Frakturen der cellulae ethmoidales bds. vom 15.05.2017 mit/bei: a) Durchschuss mit: Mehrfragmentärer Fraktur Sinus maxillaris rechts (Vorderwand, Hinterwand, mediale Wand), Jochbeinfraktur rechts, Orbitabodenfraktur rechts sowie mediale Wand, Durchschuss durch Cellulae ethmoidales, kleiner Knochensplitter im M. rectus inferior rechts, mit Abstand zum Sehnerv, Fraktur Nasenseptum, Durchschuss mediale und laterale Orbitawand links -> Projektildurchtritt: Supraorbital im Bereich der Orbitahöhle links. b) Augen: Links: Bulbuslazeration mit Retrobulbärhämatom und Lufteinschlüssen, Rechts: Knochenfragment von lateraler Orbitawand in Kontakt mit M. rectus inferior, Beidseits: Brillenhämatom. 2. Durchschussverletzung Oberarm rechts vom 15.05.2017, nicht sondierbar. Operationen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vom 16.05.2017: ORIF Fx supraorbital links, ORIF JochbeintrümmerFx rechts, Wundversorgung Wange rechts, supraorbital links. Operation Ophthalmologie vom 16.05.2017: Exploration und Fremdkörperentfernung orbital, Evisceration mit 20 mm Silikonimplantat und Iligschale, passagere Lidkantenadaptation, Tränenwegspülung.

Verlauf: Die Primärversorgung erfolgte durch den Notarzt, der den Versicherten sitzend und wach mit einem GCS 15 vorgefunden hatte. Anschliessend erfolgte der Transport in den Schockraum des USZ, wo sich der Versicherte mit einem GCS von 13-14 präsentierte, jedoch weiterhin in der Lage war, alle Extremitäten auf Aufforderung zu bewegen und einfache Sätze zu formulieren. Die Augen waren bds. massiv geschwollen, das linke Auge war mit Hyposphagma nicht adäquat zu öffnen, beim rechten Auge war die Motilität frei, die Pupillenreaktion erhalten. Die Eintrittsstelle der Schussverletzung war der rechte Kiefer, eine Schussaustrittsstelle konnte nicht eruiert werden. Des Weiteren zeigte sich eine Schussverletzung am rechten Oberarm. Es wurde eine Schutzintubation durchgeführt und anschliessend eine CT durchgeführt. Hier zeigte sich eine komplexe Fraktur des Viscerokraniums mit Beteiligung intraorbitaler Strukturen links sowie Frakturen der Cellulae ethmoidales bds. Intrakranielle Traumafolgen und Frakturen des Neurokraniums konnten ausgeschlossen werden. Nach initialer Schockraumdiagnostik wurde der Versicherte am 15.05.2017 auf die unfallchirurgische Intensivstation mit nachfolgender operativer Versorgung aufgenommen. Am Morgen des 16.05.2017 erfolgten die Mittelgesichtsrekonstruktion sowie die Enukleation des linken Auges mit einer Silikonprotheseneinlage. In der postoperativen Kontrolle des rechten Auges wurde ein regelrechter Fundus bei bekanntem Knochensplitter in der lateralen Orbitawand dokumentiert. Als Infektophylaxe im Rahmen der multiplen Mittelgesichtsfrakturen wurde eine antibiotische Therapie mit Augmentin i.v. begonnen. Weiters erfolgte eine endoskopische Wundbeurteilung und eine endoskopische Entfernung einzelner Knochenfragmente, sowie die Einlage einer Silastikfolie (eingenäht). Bei vorhandenem Schusskanal durch den rechten Oberarm wurde konventionell radiologisch eine Humerusfraktur rechts ausgeschlossen. Hier erfolgte bei vorhandenen oberflächlichen Streifschüssen eine konventionelle Wundversorgung. Der Versicherte konnte in der Folge problemlos am 17.05.2017 extubiert werden. Nach Extubation war der Versicherte wach und adäquat, hämodynamisch zu jederzeit stabil. Am dem 18.05.2017 konnte ein enoraler Kostaufbau mit weicher Kost und zusätzlichen hochkalorischen Drinks begonnen werden. Der weitere stationäre Aufenthalt zeigte sich komplikationslos. Am 22.05.2017 wurden die eingelegten Silastik-Folien problemlos entfernt. Der Versicherte blieb stets schmerz kompensiert und konnte unter physiotherapeutischer Unterstützung zügig mobilisiert werden. Keine Anzeichen einer Entzündung, bei intakter peripherer Motorik, Durchblutung und Sensibilität. Der Versicherte konnte am 22.05.2017 in gebesserem Allgemeinzustand in das häusliche Umfeld entlassen werden. Arbeitsunfähigkeit 100% bis 05.06.2017.

3. **24.05.2017 Forensisch-Radiologischer Befund Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin, an Staatsanwaltschaft:** Durchschuss Oberarmweichteil rechts. Aussenseitig seitlich Einschuss mit aufsteigendem Verlauf (nach vorne gerichteter Verlauf) und Austrittsdefekt vorne-seitlich. Durchschuss des Mittelgesichtes mit komplexen Brüchen gemäss des klinischen Befundes und Zerstörung des linken Augapfels. Eintrittsdefekt des Durchschusses rechts an der Wange mit aufsteigendem Verlauf (nach vorne gerichteter Verlauf) und Austrittsdefekt links auf Höhe der seitlichen Augenbraue.

4. **27.06.2017 Gutachten zur körperlichen Untersuchung Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin, an Staatsanwaltschaft:** Als Hauptbefunde fanden sich am rechten Oberarm sowie an der rechten Wange frische Hautläsionen, die grundsätzlich mit Geschosseinwirkungen (Schussverletzungen) zu vereinbaren sind. Die Wundmorphologie des Hautdefekts an der mittigen Oberarmaussenseite ist vereinbar mit einem Einschuss, während die Morphologie des schulternahen Hautdefekts vereinbar, aber nicht beweisend, für einen Ausschuss ist. Die Wundmorphologie des Hautdefekts an der rechten Wange deutet auf einen Einschuss hin. Der korrespondierende Ausschuss befand sich in Zusammenschau der massiven Verletzungen des linken Auges, dem Hautdefekt an der linken Augenbrauenaussenseite und den Ergebnissen der forensisch-radiologischen Zweitbefunden, am ehesten im Bereich des Aussenrandes der linken Augenhöhle resp. durch den linken Augenbrauenaussenrand ausgetreten. Gemäss USZ habe das linke Auge durch eine Silikonprothese ersetzt werden müssen. Dies führt zu einem permanenten Verlust des räumlichen Sehens und möglichen Einschränkungen im täglichen Leben. Weitere prognostische Aussagen zum Heilungsverlauf und zu möglichen Folgeschäden bzw. einer bleibenden Entstellung können zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend getroffen werden.
5. **02.08.2017 Pharmakologisch-Toxikologisches Gutachten Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin, an Staatsanwaltschaft:** Unseres Erachtens hat der Versicherte im Zeitpunkt des Ereignisses deutlich unter der Wirkung von Kokain gestanden. Weiter konnte der Konsum von Cannabis sowie die Einnahme/Applikation von Midazolam (Benzodiazepin) bewiesen werden. Ob im Zeitpunkt des Ereignisses eine zusätzliche Wirkung durch Cannabis vorgelegen hat, kann nicht sicher ausgesagt werden. Sofern Midazolam nicht im Rahmen der (Notfall)-medizinischen Versorgung verabreicht wurde, hat der Versicherte im Ereigniszeitpunkt zusätzlich unter der Wirkung des Medikamentes Midazolam gestanden.
6. **06.12.2017 Bagatellunfall-Meldung UVG, [REDACTED] Verein für [REDACTED] an [REDACTED]** Unfall vom 15.05.2017. Der Versicherte war als [REDACTED] vom 01.03.2017 bis 30.04.2017 angestellt. Üblicher Arbeitsplatz: [REDACTED]
7. **06.12.2017 Bericht UniversitätsSpital Zürich, Augenklinik:** Refraktion, Visus und Augendruck.
8. **02.02.2018 Ergänzung Bildmappe Forensische Bildgebung Universität Zürich, Institut für Rechtsmedizin**
9. **21.02.2018 Austrittsbericht UniversitätsSpital Zürich, Augenklinik:** Hospitalisation vom 20.02.2018 bis 21.02.2018. Diagnose Auge links: Aktuell multiple orbitale Cysten bei St. n. Exploration und Fremdkörperentfernung orbital und Evisceration mit 20 mm Silikonimplantat und Iligschale, passagere Lidkantenadaptation vom 16.05.2017, bei Bulbusperforation mit Berstung aller okulären Strukturen und Retrobulbärhämatom, Projektil in Orbita links. Weitere Diagnosen bekannt. Operation vom 20.02.2018: Revision Entfernung orbitaler Cysten.

10. **28.02.2018 Bericht UniversitätsSpital Zürich, Augenklinik:** Lid-Sprechstunde vom 28.02.2018. Diagnosen bekannt. Vordere Bulbusabschnitte linkes Auge: Lider reizarm, Bindehautinjektion +, Ilig-Schale in loco, Motilität frei. Der Versicherte hat ein Rezept für Prothese und auch einen Termin im Glasaugen-Institut.
11. **25.03.2018 Austrittsbericht UniversitätsSpital Zürich, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:** Hospitalisation vom 23.03.2018 bis 25.03.2018. Diagnose: Störendes Osteosynthesematerial bei St. n. Reposition und Osteosynthese Jochbeinfrakturen bds. mit Fistelbildung Oberkiefer rechts. Weitere Diagnosen bekannt. Am 23.03.2018 erfolgte in Intubationsnarkose die Osteosynthesematerialentfernung Jochbein beidseits. Verlauf: die auftretenden Schmerzen waren unter einfacher analgetischer Therapie gut beherrschbar. Der Versicherte konnte am zweiten postoperativen Tag in schmerzkompenzierten Zustand entlassen werden.
12. **10.04.2018 KG-Eintrag UniversitätsSpital Zürich, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:** Der Versicherte kommt zur geplanten Verlaufskontrolle nach OSME Jochbein rechts. Extraorale Fäden hat sich der Versicherte selbst gezogen. Objektiv: Enoral regelrechte Wundverhältnisse mit Nahtmaterial in situ. Fadenentfernung.
13. **02.05.2018 Telefonnotiz [REDACTED] über Telefonat mit dem Versicherten:** Der Versicherte weiss den Grund für den Auslöser der Schüsse bis heute nicht. Er müsse sich noch an das Glasauge gewöhnen, da er noch mit der Feinmotorik und dem Gleichgewicht kämpft. Er laufe immer wieder in den Türrahmen etc. Bezüglich Arbeitssituation sei er seit längerem beim Sozialamt Glattpark gemeldet und in der [REDACTED] war er zur Arbeitsintegration angestellt. Seither habe er keinen weiteren Arbeitgeber und sei immer noch beim Sozialamt gemeldet.
14. **19.07.2018 Protokoll [REDACTED] über Gespräch mit dem Versicherten:** Psychische Beschwerden: Das psychische Leiden könne/würde der Versicherte nicht direkt auf das Ereignis zurückführen. Er sei nicht traumatisiert. Er leide an schneller Erschöpfung und massiver Nervosität (innere Unruhe). Er sei vor dem Ereignis bereits in ein depressives Loch gefallen und auf die schiefe Bahn mit Schulden und Betäubungsmitteln geraten. Psychiatrische Behandlungen habe er bereits damals in Anspruch genommen bei Dr. [REDACTED]. Aktuell besuche er Dr. [REDACTED] alle eineinhalb Wochen. Arbeitsfähigkeit: Aktuell habe er kein Zeugnis. Er sehe sich nicht zu 100% arbeitsfähig. Er suche eine Beschäftigung zu 20-30% in einer Bar. Gerne würde er etwas im Lager arbeiten (besitze die Staplerprüfung). Abgesehen von der Einschränkung mit dem linken Auge sei er körperlich aber topfit. Vor dem Unfall habe er keine Brille tragen müssen. Im September 2016 hatte der Versicherte eine krankheitsbedingte Operation im Bauch.
15. **31.07.2018 Leistungszusage [REDACTED]:** Zusage von Taggeldleistungen.

- 16. 15.08.2018 Bericht UniversitätsSpital Zürich, Augenklinik:** Lid-Sprechstunde vom 15.08.2018. Diagnose bekannt. Beurteilung: Ptose: Noch etwas Zeit geben, ein Jahr nach letztem Eingriff und mit angepasster Prothese evaluieren, schöne Fornice, Motilität erhalten. Befeuchtende Therapie mit Lacrycon und Vit. A AS intensivieren. Bei anhaltendem Trümmel, Schwindel und Müdigkeit im Verlauf gegebenenfalls Vorstellung bei der Neurologie.
- 17. 15.08.2018 IV-Anmeldung für Erwachsene, Berufliche Integration/Rente, an IV-Stelle:** Der Versicherte ist italienischer Staatsangehöriger, seit Geburt in der Schweiz. Er hat eine Lehre als Maler abgeschlossen. Arbeitsunfähigkeit seit 15.05.2017 zu 100%. Gesundheitliche Beeinträchtigung: Sehvermögen, psychisch, Konzentration, Müdigkeit.
- 18. 11.09.2018 Bericht Dr. med. [REDACTED] Psychiatrie und Psychotherapie, [REDACTED]**  
 Psychiatrische Diagnosen: 1. Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung verschiedener Emotionen (F43.22/23). 2. St. n. Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell nach eigenen Angaben abstinent. Vorgeschichte: Im Rahmen von Mobbing, wiederholter Kündigung, Unterleibs-Krebserkrankung der Partnerin (Trennung 2017), Wohnungskündigung, Lohnpfändung etc. ab 2011 Entwicklung einer Depression und Gewichtszunahme bis 120 kg, schwere Schlafapnoe und Hypertonie, deshalb Magenbanding 2016. In der Folge Gewichtsabnahme bis heute, aktuell um 80 kg. Cannabiskonsum seit der Primarschule, Designerdrogen, Kokain ausprobiert seit 17. Lebensjahr, nie Heroin, über weite Strecken regelmässiger Drogenkonsum, seit dem Unfall jedoch nicht mehr. Verlauf: Der Zustand ist mittlerweile so fragil und der Versicherte ist leicht reizbar und ungeduldig und nicht belastbar, so dass er seit 22.08.2018 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig geschrieben ist. Im Moment ist er völlig absorbiert durch das Aufarbeiten der Altlasten. Es ist noch mit einem längeren Verlauf zu rechnen im Hinblick auf eine Integration und Erreichen eines einigermaßen „normalen“ Zustandes.
- 19. 18.09.2018 Arztbericht UniversitätsSpital Zürich, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, an IV-Stelle:** Behandlung abgeschlossen am 10.04.2018.
- 20. 18.09.2018 Arztbericht Dr. med. [REDACTED] Psychiatrie und Psychotherapie, an IV-Stelle:** Diagnosen bekannt. Aktuelle Diagnose: Anpassungsstörung. Prognose: Im Moment aufgrund der „brodelnden“ inneren Unruhe bei gleichzeitiger Erschöpfung, Reizbarkeit, Konflikthaftigkeit, Unkonzentriertheit, Fahrigkeit und Schusseligkeit bis auf weiteres keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Tätigkeiten im Rahmen gemeinnütziger Arbeit (im Rahmen einer Verurteilung) waren kürzlich völlig überfordernd. Aktuell ist eine Eingliederung nicht möglich.

**21. 08.11.2018 Bericht Dr. med. [REDACTED] Psychiatrie und Psychotherapie, [REDACTED]**

Im Moment noch finden stützend-beratende und stabilisierende Einzelsitzungen und Kriseninterventionen in einwöchigen Abständen statt, da der Versicherte noch keine Resilienz hat für eine tiefergehende Arbeit. Mittelfristig sind aber bei einigermaßen Stabilisierung auch Doppelsitzungen geplant bei Traumatisierung durch Schussverletzung mit Augenverlust und Einbruch des ganzen Lebensskripts 2017, aber auch Entwicklungstraumata aus der Kindheit als Ursache der dysfunktionalen Copingstrategien bereits seit der Kindheit. Es werden mindestens 40 weitere Sitzungen beantragt, es ist allerdings mit einem mehrjährigen Verlauf zu rechnen. PS: Keine Befundänderung seit 16.10.2018.

**22. Lebenslauf des Versicherten****C. EINLEITUNG – ZUSAMMENFASSUNG MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE**

Der Versicherte erlitt am 15.05.2017 einen Kopfschuss. Der Schusskanal ging durch die rechte Wange und oberhalb der oberen Zahnreihe durch den Sinus maxillaris rechts bis zur lateralen Orbitawand supraorbital links. Es resultierte eine mehrfragmentäre Fraktur des Sinus maxillaris rechts, eine Jochbeinfraktur rechts sowie eine Orbitabodenfraktur rechts. Der linke Augenbulbus wurde vollständig zerstört. Das Hirnparenchym wurde nicht getroffen, die frontobasalen Hirnstrukturen blieben unversehrt. Beim Eintreffen an der Unfallstelle stellte der Notarzt einen GCS-15 fest, diese Situation blieb praktisch konstant, auch in der Notfallstation des Unispitals. Im sofort durchgeführten CT Schädel fanden sich normale Verhältnisse in der vorderen Schädelgrube, kein intrakranielles Hämatom, die Hirnventrikel waren schmal und mittelständig. Eine Durchschussverletzung im rechten Oberarm lag ebenfalls vor. Gemäss Akten stand der Versicherte zum Zeitpunkt des Ereignisses deutlich unter der Wirkung von Kokain, das IRM konnte auch den Konsum von Cannabis und Midazolam nachweisen.



**D. DIAGNOSEN UND SYNTHESE AUS ALLEN UNTERSUCHTEN FACHGEBIETEN NACH ABSCHLUSS DES KONSENSPROZESSES AM 17.04.2019 (DIE VOLLSTÄNDIGEN FACHGUTACHTEN SIND IM ANHANG)**

**Unfallrelevante Diagnosen**

- 1. Status n. Schussverletzung rechter Oberarm (Durchschuss der Weichteile mit regelrechter Wundheilung) und**
- 2. St. n. Kopfschussverletzung mit Mittelgesichtsfrakturen und Verlust des linken Auges am 15.05.2017 mit**
  - Amaurose bei St. n. Eviszeration des linken Auges im Rahmen der Schussverletzung, Anpassung einer Schalenprothese**
  - Echte Monokel-Situation rechts**
  - Bulbuslazeration Auge links mit Eviszeration des Auges 16.05.2017**
  - Revision mit Entfernung von orbitalen Zysten 20.02.2018**
  - aktuell Versorgung mit Glasauge**

**Nicht-unfallrelevante Diagnosen**

- 1. Status nach Polytoxikomanie (ICD F19.25)**
- 2. Cannabisabusus (ICD F12.1)**
- 3. Amphetamine-Abusus (ICD F15.1)**
- 4. Chronisches Zervikalsyndrom bei Nachweis einer zervikalen Bandscheibenhernierung**
- 5. Leichter hyperoper Astigmatismus rechts**
- 6. Beginnende periphere Linsentrübungen rechts**

## VERSICHERUNGSMEDIZINISCHE BEURTEILUNG

**Neurologisch** sind keine Ausfälle nachweisbar, das Geschoss hat das Gehirn nicht verletzt. Auch die frontobasalen Strukturen wie z.B. die Riechfasern sind intakt, es besteht keine Anosmie. Die Trigeminessensibilität ist in allen drei Ästen unauffällig, die Fazialisinnervation im Bereich der Stirn, den Augen- und Mundpartien ebenfalls korrekt. Kaudale Hirnnerven intakt, auch hier keine Ausfälle.

**Neuropsychologisch** besteht ein auffälliges Ergebnis der Beschwerdenuvalidierung mit Hinweisen für eine unzureichende Leistungsbereitschaft in der Testung. Mit den in Akten angegebenen Diagnosen sind die aktuell erhobenen, z.T. schweren Minderleistungen nicht zu vereinbaren, sie sind auch nicht mit den Auswirkungen eines chronischen Cannabisgebrauchs zu erklären. Somit können auf der Grundlage der aktuell erhobenen Testergebnisse keine Aussagen zu allfällig vorhandenen kognitiven Defiziten und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit getroffen werden. Es kann neuropsychologischerseits auch kein Integritätsschaden angegeben werden.

Auf der **psychiatrischen** Ebene fanden sich keine unfallrelevanten psychiatrischen Diagnosen. Nicht unfallrelevant sind ein St. n. Polytoxikomanie, ein Cannabisabusus und ein Amphetaminabusus. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration berichtete der Versicherte von alltagsrelevanten körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, welche sich nicht zu einer psychiatrischen Diagnose zusammenfassen lassen. Zum einen bewegen sie sich in einem Bereich, der durchaus normalpsychologischen Reaktionen entspricht, zum anderen sind sie im Zusammenhang mit diversen psychosozialen Belastungsfaktoren zu sehen. Beeinträchtigungen, Defizite oder Phänomene mit Krankheitswert liegen auf psychiatrischem Gebiet nicht vor, insbesondere liegt weder anamnestisch noch aktuell eine Depression vor, der psychopathologische Befund liefert dafür keinerlei Hinweise. Anamnestisch muss von einem Substanzabusus ausgegangen werden, auch wenn konkrete psychische oder somatische Folgeschäden nicht bekannt sind. Hinweise auf ein Abhängigkeitssyndrom liegen nicht vor.

Auf der **orthopädischen** Ebene wird auf die Weichteilverletzung am rechten Oberarm hingewiesen mit regelrechter Wundheilung. Nicht unfallrelevant besteht ein chronisches Zervikalsyndrom, wobei in einem MRI der HWS am 05.04.2017 eine Diskushernie auf Höhe C6/7 beschrieben wird, ohne dass Zeichen einer zervikalen Radikulopathie vorliegen würden.

Der **Kieferchirurg** fand extraoral eine Narbe der rechten Wange ohne Druckdolenz und sehr gut eingeeilt, gute Symmetrie der Orbitae bei Glasauge linksseitig, Hypästhesie der rechten Wange im 2. Trigeminasast, ansonsten sensomotorisch symmetrisch intakt. Keine Druckdolenz der Kaumuskulatur, keine Druckdolenz der Kiefergelenke beidseits, kein Knacken oder Reiben. Gute Rotation und Translation bei Mundöffnung. Intraoral ist die Mundöffnung frei, keine Deviation des Unterkiefers. Okklusion habituell mit gutem Biss, reizlose Mundschleimhaut mit gut ausgeheilten Narben vestibulär im rechten Oberkiefer und an der Innenseite der Wange. Rachen frei und gut beweglicher Weichgaumen. Zunge frei beweglich, Mundboden weich. Durch die fachärztliche Untersuchung lässt sich feststellen, dass die Mittelgesichtsfrakturen sehr gut verheilt sind und keine Einschränkungen bestehen.

Der **Ophthalmologe** fand rechts einen normalen Fernvisus ohne Korrektur von 1.0. Links Amaurose, Versorgung mittels einer provisorischen Schalenprothese, welche reizlos und sehr gut angepasst ist. Der rechte Augenfundus wurde in Mydriase untersucht: Papille vital, randscharf, Makula und Gefässe unauffällig. Beginnende periphere Linsentrübungen rechts.

## **WÜRDIGUNG DER AKTEN**

Die Akten der verschiedenen Fachdisziplinen sind konsistent. Einzig im psychiatrischen Bereich gibt es eine Anmerkung: In einem Bericht vom 11.09.2018 wurde von einer Anpassungsstörung gesprochen. Hierbei handelt es sich definitionsgemäss um eine zeitlich deutlich limitierte Erkrankung (in der Regel sechs Monate). Diese Diagnose kann jetzt nicht bestätigt werden. Bemerkenswerterweise hat offenbar auch nie eine regelmässige antidepressive Medikation stattgefunden. Vor diesem Hintergrund irritiert auch, dass im psychiatrischen Bericht vom 08.11.2018 nunmehr von einer Traumatisierung durch die Schlussverletzung die Rede war. Eine Traumafolgestörung liegt aktuell definitiv nicht vor.

### **E. FRAGEN (polydisziplinär beantwortet)**

#### **1. Anamnese?**

Siehe Gutachten.

#### **2. Angaben des Patienten?**

Siehe Gutachten.

#### **3. Genauer Befund und Diagnosen?**

Siehe Gutachten.

#### **4. Gesamtbeurteilung (Diagnose, Prognose, Vorzustand, bleibender Nachteil, funktionelle Einschränkung, therapeutische Vorschläge, Wiedereingliederung)?**

Wie in der versicherungsmedizinischen Beurteilung dargelegt wurde, hat sich der Versicherte von der Schussverletzung im Mai 2017 – abgesehen vom Total-Verlust des linken Auges – praktisch vollständig erholt. Von Seiten des zentralen oder peripheren Nervensystems waren glücklicherweise nie Ausfälle vorhanden, die aktuellen neuropsychologischen Testergebnisse können wegen mangelnder

Anstrengungsbereitschaft nicht beurteilt werden. Es liegt auch keine unfallrelevante psychiatrische Diagnose vor und somit ist auch nicht davon auszugehen, dass bei normaler Neurologie neuropsychologisch doch noch ein Schaden vorliegen könnte. Auf der orthopädisch-traumatologischen Ebene ist ebenfalls kein bleibender Nachteil vorhanden, die MRI-Befunde bei der HWS haben keine relevante klinische Bedeutung. Was Therapiemassnahmen anbetrifft, ist dem psychiatrischen Gutachter Recht zu geben, wenn er anmerkt, dass eine psychotherapeutische Behandlung trotz Fehlen einer konkreten psychiatrischen Diagnose zu begrüssen sei. Der Versicherte kann davon zur psychischen Stabilisierung, zum Aufbau von Perspektiven und auch im supportiven Sinne profitieren. Für eine psychopharmakologische Behandlung besteht keine Indikation.

**5. Können die subjektiv beklagten Beschwerden objektiviert werden?**

Aufgrund der Einäugigkeit ist nachvollziehbar, dass eine Unsicherheit bei der Bewegung im Raum entstehen kann, wie auch das gelegentliche Anstossen oder Erschrecken bei fehlendem Gesichtsfeld nach links aussen. Ein vermehrtes Müdigkeitsgefühl des rechten intakten Auges ist ebenfalls nachvollziehbar. Andere subjektiv beklagte Beschwerden sind nicht objektivierbar.

**6. Ursächlicher Zusammenhang:**

**6.1 Ist der Unfall (Ereignis) vom 15.05.2017 die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung?**

Ja.

Falls die Frage 6.1 verneint wird:

**6.2 Ist der Unfall (Ereignis) vom 15.05.2017 eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung?**

Entfällt.

Falls die Frage 6.2 bejaht wird:

**6.3 Ist der Unfall (Ereignis) vom 15.05.2017 eine bloss mögliche oder eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache der Gesundheitsstörung?**

Für die oben angegebenen ophthalmologischen Probleme besteht eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache durch das Ereignis vom 15.05.2017.

**6.4 Ist die durch den Unfall (Ereignis) vom 15.05.2017 verursachte Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung abgeheilt? Wenn ja, per wann ist der Status quo ante erreicht?**

Eine vorbestehende Gesundheitsschädigung, welche durch das Ereignis zu einer richtungsweisenden Verschlechterung geführt hätte, ist nicht bekannt.

**6.5 Wären die durch den Unfall (Ereignis) vom 15.05.2017 mindestens überwiegend wahrscheinlich mitverursachten Gesundheitsstörungen früher oder später auch ohne diesen Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten? Wenn ja, wann ist der Status quo sine erreicht, bzw. wann wird er voraussichtlich erreicht sein?**

Nein.

**7. Kann noch mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden? Wenn ja, welche Massnahmen schlagen Sie vor? Prognosen?**

Es kann mit keiner namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Der Verlust des linken Auges ist irreversibel.

**8. Benötigt D. [REDACTED] T. [REDACTED] zur Erhaltung des Gesundheitszustandes auch weiterhin medizinische Massnahmen? Wenn ja, welcher Art und Menge, in welchen zeitlichen Intervallen?**

Einerseits geht es hier um die Anpassung einer definitiven Schalenprothese links mit regelmässigen augenärztlichen Kontrollen. Am rechten Auge sollten ebenfalls bei echter Monokelsituation, wie bereits erwähnt, mindestens jährliche Kontrollen durchgeführt werden.

Wie im psychiatrischen Gutachten dargelegt, wäre eine psychotherapeutische Behandlung zu begrüssen, der Versicherte kann davon zur psychischen Stabilisierung sowie zum Aufbau von Perspektiven profitieren.

## **9. Arbeitsfähigkeit**

### **9.1 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von D. [REDACTED] T. [REDACTED] in der beruflichen Tätigkeit als Allrounder unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 100%? Grad, Dauer und Prognosen?**

#### *a) Aufgrund unfallbedingter Ursachen, welchen?*

Sämtliche Fachdisziplinen, welche an diesem Gutachten beteiligt sind, attestieren dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit zu 100%. Auch aus ophthalmologischer Sicht ist der Versicherte voll belastbar, es sind nur geringe Einschränkungen zu berücksichtigen, da nicht alle Tätigkeiten als Einäugiger ausgeführt werden können (z.B. das Arbeiten auf Gerüsten und das Fahren von Motorfahrzeugen von höheren Kategorien als die Kategorie B).

#### *b) Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen, welchen?*

Entfällt.

#### *c) Insgesamt?*

100% in der beruflichen Tätigkeit als Allrounder.

### **9.2 In welchen Tätigkeiten (z.B. Heben/Tragen, Körperstellung/Beweglichkeit, psychische Belastbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, etc.), unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor Unfall, ist D. [REDACTED] T. [REDACTED] eingeschränkt? In welchem Umfang (Zeit, Leistung) in Bezug auf ein volles Pensum?**

#### *a) Aufgrund unfallbedingter Ursachen, welchen?*

Gleiche Einschränkungen wie oben.

#### *b) Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen, welchen?*

Der Versicherte ist nur in der Lage, mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von max. 15 kg durchzuführen.

#### *c) Insgesamt?*

Arbeitsfähigkeit 100% unter Berücksichtigung der Angaben zum Belastungsprofil.

**9.3 Welche Tätigkeiten (z.B. Heben/Tragen, Körperstellung/Beweglichkeit, psychische Belastbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, etc.), unabhängig von der beruflichen Tätigkeit vor Unfall, sind D [REDACTED] T [REDACTED] heute noch zumutbar? In welchem zeitlichen Ausmass und mit welcher Leistung (Rendement), je in Bezug auf ein volles Pensum?**

a) *Aufgrund unfallbedingter Ursachen, welchen?*

Siehe oben.

b) *Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen, welchen?*

Siehe oben.

c) *Insgesamt?*

Siehe oben.

**10. Beurteilung des rein unfallbedingten Integritätsschadens gemäss den Tabellen der Medizinischen Abteilung der SUVA unter Berücksichtigung einer allfälligen als wahrscheinlich prognostizierten, voraussehbaren Verschlimmerung in der Zukunft?**

Der Integritätsschaden beträgt gemäss ophthalmologischer Einschätzung 35% (30% Verlust des linken Auges und 5% kosmetische Beeinträchtigung).

**11. Bemerkungen?**

Keine.

## **F. BEMERKUNGEN**

Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten beruhen auf subjektiven Aussagen der versicherten Person. Diese Angaben haben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und wurden deshalb nicht nochmals anlässlich eines erneuten Gesprächs bzw. Untersuchung verifiziert.

[REDACTED]

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen und bedanken uns für den Auftrag. Interessehalber bitten wir Sie, uns eine Kopie Ihres Entscheides zukommen zu lassen.

Freundliche Grüsse  
SMAB AG St. Gallen

[REDACTED]

Mitglied der Geschäftsleitung

[REDACTED]

Mitglied der Geschäftsleitung

Gutachter (Federführung)

[REDACTED]

Facharzt für Neurologie

Medizinische Supervision

[REDACTED]

Traumatologie des Bewegungsapparates  
Vertrauensarzt SGV

Folgende konsiliarisch zugezogene Fachärzte haben dieses Gutachten eingesehen und sind mit den Schlussfolgerungen einverstanden:

[REDACTED]

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

[REDACTED]

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

Fachgutachten erwähnt