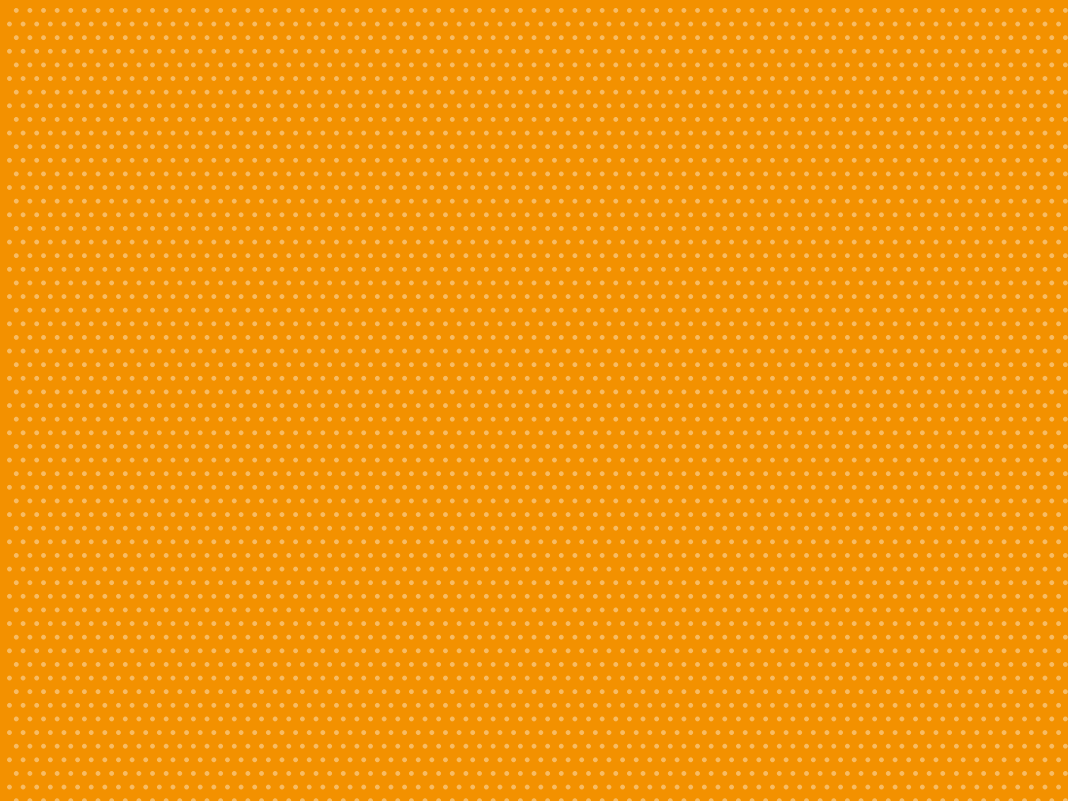


# Konsenspapier der MdE-Expertengruppe

nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte  
bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“)

Oktober 2019



## **Impressum**

**Herausgegeben von:**  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
Fax: 030 13001-9876  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Redaktion: Dirk Scholtysik

Download unter [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen)  
webcode: p017667

# **Konsenspapier der MdE-Expertengruppe**

**nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei  
Gliedermaßenverlusten („MdE-Eckwerte“)**

**Ausgabe Oktober 2019**



# Kurzfassung

## Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“)

In der Sozialgerichtsbarkeit, den medizinischen Fachgesellschaften aber auch innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung wird seit längerem diskutiert, ob die Erfahrungswerte für die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (sog. MdE-Tabellen) für Funktionsstörungen nach Arbeits- und Wegeunfällen – insbesondere nach Gliedmaßenverlusten – noch dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen. Vom Bundessozialgericht wird gefordert, dass MdE-Erfahrungswerte breite Akzeptanz finden und eine Gleichbehandlung von Versicherten mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen gewährleisten sollen. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) hat deshalb ein unabhängiges, neutrales und ehrenamtlich tätiges Gremium multiprofessioneller Experten einberufen, die von unterschiedlichen medizinischen Fachgesellschaften bzw. Institutionen benannt wurden.

Diese MdE-Expertengruppe, bestehend aus Medizinern, Reha-Wissenschaftlern, Arbeitsmarktexperten und Juristen, hat die MdE-Werte in einem interdisziplinären methodischen Ansatz systematisch und wissenschaftlich analysiert. Grundlage der neuen Vorschläge sind die Gesundheits- bzw. Funktionsstörungen in Anlehnung an die International Classification of Functioning (ICF). Es wurde eine rehabilitationswissenschaftliche Literaturrecherche sowie eine Befragung der maßgeblichen arbeitswissenschaftlichen Institute der Bundesrepublik Deutschland zum Thema „Arbeitsmarkt“ durchgeführt. Anschließend hat die Expertengruppe ihr vielfältiges Fachwissen über Funktionsstörungen und deren Auswirkungen im Erwerbsleben zugrunde gelegt und neue MdE-Eckwerte entwickelt, die differenziert hergeleitet und begründet werden.

Die Expertengruppe hat ihre Beratungen im Sommer 2015 aufgenommen und Anfang 2018 einen vorläufigen Ergebnisbericht vorgelegt. Dieser wurde über ein Jahr lang gemeinsam mit Sozialpartnern, den medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, der Sozialgerichtsbarkeit sowie Betroffenenverbänden auf unterschiedlichsten Ebenen diskutiert und konsentiert. Mit den jetzigen Konsensempfehlungen im Rahmen einer Revision von teils über mehr als 100 Jahre unveränderten MdE-Werten will die gesetzliche Unfallversicherung den Grundsätzen der Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit auch in der heutigen Zeit gerecht werden. Die Ergebnisse der MdE-Expertengruppe sind zudem eine gute Basis für die Orientierung der MdE-Einschätzung bei anderen Verletzungsfolgen bzw. bilden die Grundlagen für deren regelhafte Überprüfung.

# Abstract

## Consensus Paper of the Reduced Earning Capacity Expert Group after reviewing reduced earning capacity empirical values (MdE values) for limb loss

For some time now, the social judiciary, medical communities and the German social accident insurance system have been discussing whether the empirical values for assessing reduced earning capacity as a result of functional disorders following a workplace or commuting accident, particularly after a loss of limb, still reflect the latest scientific knowledge. The values are contained in the Reduced Earning Capacity Schedule. The Federal Social Court of Germany has called for MdE values to have broad acceptance and that insured persons with comparable functional limitations be treated equally. The German Social Accident Insurance (DGUV) therefore convened an independent, neutral and voluntary group of experts from different fields who were put forward by various scientific medical societies and institutions.

This MdE Expert Group, consisting of physicians, rehabilitation academics, labour market experts and lawyers, has systematically and scientifically analysed the MdE values using an interdisciplinary methodological approach. The new recommendations are based on the health and functional disorders as classified by the International Classification of Functioning (ICF). A literature search from the rehabilitation sciences was carried out and a survey of the relevant occupational science institutes in the Federal Republic of Germany was conducted on the subject of 'labour market'. Subsequently, the expert group drew on its wideranging expertise on functioning disorders and their effects on working life and developed new MdE values which were derived and substantiated using different methods.

The MdE Expert Group started its work in summer 2015 and presented a preliminary report at the beginning of 2018. This report was discussed for more than a year with the social partners, medical societies, professional associations, the social judiciary, and patient associations at various levels prior to being accepted. The current consensus recommendations within the framework of a revision of MdE values, some of which have remained unchanged for more than 100 years, are intended to ensure that Germany's social accident insurance system continues to uphold the principles of legal certainty and equality of rights. The results of the MdE Expert Group are also a sound foundation for assessing reduced earning capacity as a result of other injuries and form the basis for their regular review.

# Résumé

## Document de consensus du Groupe d'experts sur l'incapacité partielle de travail (MdE) suite à l'examen des données empiriques MdE en cas de pertes de membres (« critères MdE »)

La juridiction sociale et du travail, les associations professionnelles médicales mais aussi l'assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles ont entamé déjà depuis longtemps une discussion sur la question de savoir si les données empiriques sur lesquelles se base l'évaluation de l'incapacité partielle de travail (dits « Tableaux MdE ») concernant les troubles fonctionnels résultant d'accidents du travail et de trajet, notamment suite à des pertes de membres, correspondent encore à l'état des connaissances scientifiques actuel. Le Bundessozialgericht (Tribunal social fédéral) exige une large acceptation des données empiriques MdE en vue d'assurer une égalité de traitement des assurés souffrant de limitations fonctionnelles comparables. C'est pourquoi l'assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles a convoqué un groupe interprofessionnel indépendant, neutre et bénévole constitué d'experts nommés par différentes associations professionnelles et institutions du secteur médical.

Ce groupe d'experts MdE, composé de médecins, de scientifiques spécialisés dans la rééducation, d'experts du marché du travail et de juristes s'est fondé sur une approche méthodologique interdisciplinaire pour analyser de manière systématique et scientifique les données empiriques MdE. Les nouvelles propositions se basent sur les troubles de la santé et les troubles fonctionnels selon l'International Classification of Functioning (ICF). Une recherche bibliographique dans les publications scientifiques sur la rééducation ainsi qu'une enquête auprès des principaux Instituts des Sciences du travail en République Fédérale d'Allemagne ont été effectuées sur le thème du « Marché du travail ». Ensuite, le groupe d'experts a exploité ses vastes connaissances sur les troubles fonctionnels et leurs effets dans la vie professionnelle pour développer des nouveaux critères MdE dont la déduction et la justification doivent être différenciées.

Le groupe d'experts qui avait entamé ses consultations en été de l'année 2015, a présenté, début 2018, un rapport provisoire sur les résultats. Celui-ci a fait l'objet durant plus d'une année d'une discussion menée aux niveaux les plus divers avec des partenaires sociaux, des associations professionnelles du secteur médical, la juridiction sociale et du travail ainsi que des associations de personnes concernées en vue de parvenir à un consensus. Avec les recommandations consensuelles actuelles élaborées dans le cadre d'une révision des critères MdE qui, en partie, n'ont pas été modifiés depuis plus de 100 ans, l'assurance sociale allemande des accidents du travail et maladies professionnelles souhaite répondre aux principes de sécurité juridique et d'égalité juridique dans le monde d'aujourd'hui. Les résultats présentés par le groupe d'experts MdE servent aussi de bonne base pour guider l'évaluation MdE appliquée jusqu'ici pour d'autres lésions graves tout en permettant d'en assurer le contrôle régulier.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Entstehung der MdE-Expertengruppe</b> .....	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>Rechtliche Grundlagen der MdE</b> .....	<b>12</b>
<b>4.</b>	<b>Methodik des Vorgehens der MdE-Expertengruppe</b> .....	<b>17</b>
4.1	Systematische Literaturrecherche zu Funktionseinschränkungen bei Gliedmaßenamputationen .....	17
4.2	Analyse des sog. allgemeinen Arbeitsmarktes .....	18
4.3	Der Weg zur Bildung neuer MdE-Eckwerte .....	19
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche</b> .....	<b>20</b>
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der Datenerhebung und Analyse zum Arbeitsmarkt</b> .....	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>Entwicklung von neuen MdE-Eckwerten</b> .....	<b>24</b>
<b>8.</b>	<b>Reformierte MdE-Eckwerte mit Begründungen</b> .....	<b>26</b>
8.1	Gemeinsame Grundsätze zur Bildung der MdE-Eckwerte .....	26
8.2	Obere Gliedmaßen einschließlich der Finger .....	29
8.3	Untere Gliedmaßen .....	34
<b>9.</b>	<b>Konsentierungsphase und Umsetzungsprozess</b> .....	<b>36</b>
<b>10.</b>	<b>Literatur und Fundstellen</b> .....	<b>38</b>
<b>11.</b>	<b>Mitglieder der MdE-Expertengruppe</b> .....	<b>40</b>
<b>12.</b>	<b>Anhänge</b> .....	<b>42</b>

# 1. Einleitung

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind die MdE-Werte für Unfallfolgen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet über mehr als 100 Jahre weitgehend unverändert geblieben und haben in der Vergangenheit keine systematische Aktualisierung erfahren. Einzelne Anpassungen haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Träger) selbst initiiert. Hervorzuheben ist der Verlust des Daumens, der seit 1980 für beide Hände unabhängig von Haupt- und Hilfshand gleich bewertet wird. Im Jahre 1997 hat der frühere Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) eine Empfehlung zur Gleichbewertung der MdE – über den Daumenverlust hinaus – für alle Schäden an beiden Händen ausgesprochen<sup>1)</sup>. Im Falle des Verlustes einer Hand wird seitdem von einer einheitlichen MdE von 60 % ausgegangen. Die endgültige Abkehr von Differenzierungen bei Haupt- und Hilfshand wurde mit dem Wandel der Arbeitswelt begründet, der „die Funktionalität, Geschicklichkeit und Feinmotorik beider Hände in einem sinnvollen Zusammenspiel“ erfordere.

Eine grundsätzliche Diskussion um die Rechtsnatur und Legitimation von MdE-Tabellen in der gesetzlichen Unfallversicherung hat in der rechtswissenschaftlichen Literatur bereits 1995 eingesetzt<sup>2)</sup>. In der Sozialgerichtsbarkeit, den medizinischen Fachgesellschaften und innerhalb der UV-Träger wurden gleichzeitig Forderungen lauter, die MdE-Werte für Funktionsstörungen nach Arbeits- und Wegeunfällen (insbesondere bei den Gliedmaßenverlusten) auf den Prüfstand zu stellen. Die unfallmedizinischen Standardwerke<sup>3)</sup> enthalten sog. MdE-Tabellen für wichtige Verletzungen, die in ständiger Übung von den medizinischen Sachverständigen, den Unfallversicherungsträgern und von der Rechtsprechung für die MdE-Einschätzung herangezogen werden. Zumeist ist daraus aber nicht nachvollziehbar, inwieweit die MdE-Werte auf einem fachübergreifenden Konsens beruhen, ob und welcher medizinisch-technische Entwicklungsstand (z.B. bei der prothetischen Hilfsmittelversorgung) Berücksichtigung findet und inwieweit Veränderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Rechnung getragen wird<sup>4)</sup>. Die Kritik richtet sich vor allem darauf, dass es an Transparenz fehlt wie MdE-Tabellen entstehen und wer sie autorisiere. Zudem wird reklamiert, dass die Aktualität des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes bei MdE-Werten nicht nachvollziehbar ist und die MdE-Werte unzureichend begründet sind.

Eine aus der Kommission Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) entstandene Arbeitsgruppe hat Ende 2011 erste Vorschläge zu einer Reform von MdE-Werten nach Amputationsverletzungen vorgelegt, die 2013 veröffentlicht wurden<sup>5)</sup>. Die Autoren werfen die Frage auf, ob und in welcher Weise die zunehmend aufwendigeren Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine hochwertigere Prothesenversorgung als funktionsverbesserndes Hilfsmittel in den bisherigen MdE-Werten ausreichend berücksichtigt seien. Das Leistungsvermögen und die Arbeitsmöglichkeiten von Menschen mit Gliedmaßenverlusten seien heute erheblich verbessert. Im Zusammenspiel mit Veränderungen der qualitativen und quantitativen Anforderungen im Erwerbsleben würden sich nach Meinung der Autoren bei entsprechend guter prothetischer Versorgung teilweise erhebliche Herabsetzungen der MdE-Werte ergeben. So begründe der Verlust eines Beines im Oberschenkel heute nur noch eine MdE von 40 % (bisher 70 %), der Verlust eines Beines im Unterschenkel 30 % anstatt bisher 40 % und der Verlust der Hand eine MdE von 45 % anstatt bisher 60 %<sup>6)</sup>.



Auch parallele Entwicklungen im Bereich des sozialen Entschädigungsrechts bzw. des Schwerbehindertenrechts haben zu einer Überprüfung der MdE-Werte Anlass gegeben. Für den sog. GdS (Grad der Schädigungsfolgen) bzw. GdB (Grad der Behinderung) werden die Werte auf Grundlage des § 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) in der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) gesetzlich festgelegt. GdB und GdS sind danach der Höhe nach gleich und werden in den aktuellen Versorgungsmedizinischen Grundsätzen deshalb auch nur noch als GdB ausgewiesen. Grundlage ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In der VersMedV wird beschrieben, welche Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen und in welcher Weise eine Hilfsmittelversorgung, Begleitschmerzen sowie der Verlust der persönlichen Integrität bzw. die Einschränkung der interpersonellen Interaktion berücksichtigt werden. Auf Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates (ÄSVB) Versorgungsmedizin wurden durch die 3. Änderungsverordnung zur VersMedV mit Wirkung vom 18.12.2010 bereits neue GdB/GdS-Sätze für die endoprothetische Versorgung beschlossen. Für andere relevante Funktionseinschränkungen (insbesondere auch für die Gliedmaßenverluste) wurden neue Werte im ÄSVB Versorgungsmedizin konsentiert und im Rahmen einer Anhörung des BMAS am 24.05.2017 vorgestellt. Der aktuelle (bisher nicht veröffentlichte) Entwurf einer 6. Änderungsverordnung zur VersMedV vom 28.08.2018 wurde seitens des BMAS in Gesprächen mit Vertretern der Bundesländer sowie den Verbänden am 09./10. Oktober 2018 gemeinsam erörtert.

Am 15.11.2012 hat die Kommission SGB VII des Deutschen Sozialgerichtstages e.V. (DSGT) beschlossen, dass die MdE-Erfahrungswerte zu den Folgen von Arbeitsunfällen einer umfassenden und systematischen Überprüfung und Neubewertung nach dem Vorbild der MdE-Empfehlungen zu Berufskrankheiten bedürfen und dabei alle relevanten Professionen, insbesondere auch fachkundige Personen in Bezug auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, einzubeziehen sind. Der DGUV wurde empfohlen, die Federführung für einen Konsensusprozess zu übernehmen und das schwierige Thema in einer multiprofessionellen Gruppe unabhängiger Experten zu diskutieren und Vorschläge einer Neubewertung zu erarbeiten<sup>7)</sup>. Folgende Diskussionspunkte wurden von der Kommission SGB VII des DSGT mit auf den Weg gegeben: Aktualisierte MdE-Werte können in der Sozialgerichtsbarkeit nur dann Akzeptanz erfahren, wenn sie auf einem breiten Konsens der einschlägigen Fachkreise und Interessengruppen beruhen und eine Vereinheitlichung der bisherigen MdE-Tabellen erreicht wird. Die Werte für den GdB/GdS sollten dabei mitberücksichtigt werden, auch wenn beide Rechtsmaterien Unterschiede bei den rechtlichen Rahmenbedingungen aufweisen. Die MdE stellt auf die „Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ ab, während beim GdS/GdB die „Teilhabebeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (einschließlich des Arbeitsmarktes)“ maßgebend sind. Die medizinische Einschätzung der Funktionseinschränkungen erfolgt jedoch unabhängig vom Bewertungsmaßstab und ist deshalb identisch. Zudem liegen die ausgewiesenen (Erfahrungs-)Werte in beiden Rechtsbereichen de facto traditionsgemäß sehr eng beieinander.

## 2. Entstehung der MdE-Expertengruppe

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, hat diesen Vorschlag aufgegriffen und die Reform von orthopädisch-chirurgischen MdE-Werten in Gang gebracht. Es wurde eine mit den relevanten Professionen besetzte Arbeitsgruppe einberufen und mit unabhängigen, neutralen und ehrenamtlich tätigen Experten besetzt. Für die Feststellung der MdE ist, um den Anforderungen des § 56 Abs.2 SGB VII nachzukommen, Fachkunde unterschiedlicher Profession gefragt: Medizin im jeweiligen Fachgebiet der Unfallfolgen, Rehabilitationsmedizin, Arbeits- und Sozialmedizin, Arbeitswissenschaft und Berufskunde sowie schließlich die juristische Fachkunde des Rechtsanwenders. Aus diesem Grunde wurden die einschlägigen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) und die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) sowie die Bundesagentur für Arbeit (BA) gebeten, Sachverständige für die Expertengruppe zu entsenden. Komplettiert wurde die Expertengruppe dann durch Vertreter der UV-Träger. Als wissenschaftlicher Leiter und Vorsitzender der Expertengruppe wurde Herr Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf (Leiter der Arbeitsgemeinschaft „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ in der DGOU) benannt. Die Projektleitung hat Herr Dirk Scholtysik, Leiter des für die Begutachtung zuständigen Referates der DGUV, übernommen.

Diese „MdE-Expertengruppe“ hat die Beratungen Mitte 2015 aufgenommen und Anfang 2018 einen vorläufigen Ergebnisbericht vorgelegt, der u.a. am 27.06.2018 mit den Sozialpartnern, den medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, der Sozialgerichtsbarkeit sowie Betroffenenverbänden diskutiert wurde<sup>8)</sup>. Die Erkenntnisse des sich anschließende Konsensusprozesses mit zahlreichen Veranstaltungen sind in den jetzigen Abschlussbericht eingeflossen, wobei die vorgeschlagenen neuen MdE-Eckwerte unverändert geblieben sind.

Mitglieder der MdE-Expertengruppe und Autoren des Konsenspapiers sind:

<b>Herr Prof. Dr. med. Marcus Schiltenswolf</b> Leiter/Vorsitzender der Expertengruppe benannt von: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	Leiter des Fachbereiches Konservative Orthopädie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Universitätsklinikum Heidel- berg; Leiter der früheren Arbeitsgemeinschaft „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Stellv. Vorsit- zender der neuen Sektion Gutachten DGOU
<b>Herr Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Thomann</b> benannt von: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	Ärztlicher Leiter des IVM - Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main

<p><b>Herr Prof. Dr. med. Michael Wich</b> benannt von: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)</p>	<p>Stellv. Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin, Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Achenbach Krankenhaus Königs Wusterhausen, Stellv. wissenschaftlicher Leiter der Fachgesellschaft für interdisziplinäre, medizinische Begutachtung (FGIMB)</p>
<p><b>Herr Dr. med. Volker Grosser</b> benannt von: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)</p>	<p>Oberarzt und Leiter des Gutachtenbereiches, BG Klinikum Hamburg</p>
<p><b>Herr Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner</b> benannt von: Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e.V. (DGPMR)</p>	<p>Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Med. Hochschule Hannover (MHH), Beisitzer in den Vorständen der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie der Arbeitsgemeinschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation</p>
<p><b>Herr PD Dr. Dr. med. Michael Spallek</b> benannt von: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)</p>	<p>Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin der Goethe Universität Frankfurt am Main</p>
<p><b>Herr Dr. med. Andreas Bahemann</b> benannt von: Bundesagentur für Arbeit (BA)</p>	<p>Leiter Ärztlicher Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Zentrale Nürnberg</p>
<p><b>Herr Martin Kunze</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>	<p>Stellv. Geschäftsführer der UK Nord, Mitglied des Ausschusses Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>
<p><b>Frau Ass. jur. Claudia Drechsel-Schlund</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>	<p>Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg der BGW, Leiterin der DGUV-Arbeitsgruppe Begutachtung</p>
<p><b>Herr Ass. jur. Dirk Scholtysik</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV, Projektleitung und Moderation</p>	<p>Referatsleiter im Geschäftsbereich Versicherungen und Leistungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Referat Unfallbegutachtung, Soziale Teilhabe, Pflege, Psychische Störungen</p>

### 3. Rechtliche Grundlagen der MdE

Rechtsgrundlage für die Bemessung der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) als wesentlicher Faktor für die Höhe der Rente in der gesetzlichen Unfallversicherung ist § 56 Abs. 2 SGB VII:

„Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei jugendlichen Versicherten wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden. Bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden.“

Zwei Faktoren bestimmen somit wesentlich die Höhe der MdE:

- Der Umfang der gegenwärtigen (nicht auch der zukünftig zu erwartenden) funktionellen körperlichen, geistigen und seelischen Einbußen und
- der Umfang der durch diese Einbußen verloren gegangenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. D.h. der Anteil der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten am sog. „Allgemeinen Arbeitsmarkt“ ausgedrückt in Prozent ergibt die Höhe der MdE.

Es gilt das Prinzip des sog. „abstrakten Schadensausgleichs“.

„Abstrakt“ ist aber nur die Schadensbemessung, d.h. es kommt nicht auf einen konkreten Verdienstausschlag bzw. tatsächlich eingetretenen Vermögensschaden an (BSG, Urteil vom 29.04.1980 -2 RU 60/78-, juris). Die Funktionseinbußen hingegen sind im Einzelfall individuell festzustellen. Bei gleichen Unfallfolgen ist, unabhängig von deren Auswirkungen auf die konkret ausgeübte Tätigkeit, die MdE gleich hoch einzuschätzen. Maßstab für die „Erwerbsfähigkeit“ ist der gesamte allgemeine Arbeitsmarkt. Die Festsetzung der Höhe der MdE erfolgt in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Kenntnisse des Verletzten und etwaiger Besonderheiten. Dabei handelt es sich immer um eine Schätzung, denn das Ausmaß der durch einen Unfall verursachten MdE ist erfahrungsgemäß nicht genau feststellbar (vgl. BSG, Urteil vom 21.03.1974 -8/2 RU 55/72-, juris; BSG, Urteil vom 20.12.2016 -B 2 U 11/15 R-, juris). Das Bundessozialgericht (BSG) hält deshalb zur Feststellung der MdE grundsätzlich eine mehrstufige Prüfung für erforderlich:

- Welche Funktionseinschränkungen (körperlich, geistig, seelisch) hat der Versicherungsfall verursacht?
- Inwieweit hindern diese festgestellten Einschränkungen Versicherte daran, Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen, d.h. in welchem Umfang entspricht die verblie-

- bene Leistungsfähigkeit noch den Anforderungen im gesamten Erwerbsleben?
- Welchen prozentualen Anteil am gesamten Erwerbsleben haben gerade die Tätigkeiten, die Versicherte aufgrund der verbliebenen Anforderungen nicht mehr ausüben können?

Dies bedeutet, dass zur Feststellung der MdE (theoretisch) folgende fachkundliche Kenntnisse (z.B. bei einem beauftragten Gutachter) vorhanden sein müssten:

- Medizinische Fachkunde auf dem jeweiligen Fachgebiet der Funktionseinschränkungen
- Rehabilitationsmedizinische Fachkunde
- Arbeitsmedizinische Fachkunde
- Sozialmedizinische – soziologische Fachkunde
- Berufskunde zu den aktuellen physischen und psychischen Anforderungen
- Fachkunde über den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. arbeitsmarktsociologische Kenntnisse

Es ist jedoch unrealistisch, dass die MdE-Einschätzung in der täglichen Praxis der Rechtsanwender in jedem Einzelfall nach Maßgabe dieser multiprofessionellen Anforderungen erfolgen kann. Das BSG räumt deshalb in ständiger Rechtsprechung ein, dass Feststellungen zu der Frage, welche körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen notwendig sind, um den Leistungsanforderungen des gesamten Erwerbslebens oder Teilen davon gerecht werden zu können, die Möglichkeiten einzelner Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren übersteigen und daher auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden kann. Es hat in mehreren Entscheidungen festgestellt, dass die MdE durch Schätzung festgestellt werden darf und sich nach allgemeinen Erfahrungssätzen ausrichtet (BSG, Urteil vom 02.05.2001 - B 2 U 24/00 R- juris; BSG, Urteil vom 20.12.2016 - B 2 U 11/15 R-, juris m.w.N.) Die entsprechenden „MdE-Tabellen“ werden von den UV-Trägern und Gerichten in der Rechtspraxis als wirklichkeits- und maßstabsgerecht und somit auch als sozial adäquat anerkannt.

Das Bundessozialgericht hat im wegweisenden Urteil vom 20.12.2016 das Dilemma bei der Rechtsanwendung des § 56 Abs.2 SGB VII und der Einschätzung der MdE aufgezeigt (Urteil vom 20.12.2016 - B 2 U 11/15 R-, juris). Streitgegenstand war die MdE-Einschätzung bei einem verbesserten mikroprozessorgeregelten Beinprothesensystem (sog. C-Leg). Die nach dem Gesetzeswortlaut geforderte MdE-Einschätzung in einem dreistufigen Verfahren (BSG, Urteil vom 14.11.1984 – 9b RU 58/83 -, juris), d.h. zunächst die individuellen Funktionsbeeinträchtigungen festzustellen, dann das infolge der Funktionsbeeinträchtigungen verbliebene Leistungsvermögen zu ermitteln und schließlich die daraus resultierenden verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten zu beurteilen, lässt sich de facto nicht praktikabel realisieren<sup>9)</sup>. Sachverständige und UV-Träger greifen deshalb in ständiger Übung auf die im versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zur MdE-Einschätzung zurück. Auch von der Sozialgerichtsbarkeit werden die in MdE-Tabellen enthaltenen Richtwerte anerkannt, weil sie typisierend die Auswirkungen bestimmter körperlicher Beeinträchtigungen

auf die Erwerbsfähigkeit abbilden und gewährleisten, dass Versicherte nach einheitlichen Kriterien beurteilt werden (BSG, Urteil vom 20.12.2016 – B 2 U 11/15 R – mit weiteren Nachweisen). Entscheidend ist, dass diese Tabellen-Eckwerte dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen, d.h. einer zumindest überwiegend vertretenen Auffassung folgen, die auf breitem Konsens und großer Akzeptanz beruht.

Ungeachtet dessen bleibt umstritten, ob MdE-Tabellen einer rechtsstaatlichen Legitimation bedürfen. Vorgeschlagen wird, in der gesetzlichen Unfallversicherung eine vergleichbare Rechtsgrundlage zu schaffen, wie sie die Versorgungsmedizin-Verordnung für das soziale Entschädigungsrecht darstellt<sup>10)</sup>. Trotz möglicher verfassungsrechtlichen Bedenken wird jedoch bis zu einer etwaigen neuen gesetzlichen Regelung der Weiterbestand bzw. die Legitimation der MdE-Tabellen als rechtlich notwendige Bewertungsgrundlage anerkannt, um nicht das seit Jahrzehnten funktionierende System der MdE-Bemessung erheblich zu gefährden<sup>11)</sup>.

Konkret hat das BSG in der Entscheidung vom 20.12.2016 die Herabsetzung der MdE von bisher 60 auf 50 Prozent bei Verwendung einer mikroprozessorgesteuerten Beinprothese (C-Leg) abgelehnt, da bisher wissenschaftlich (ärztlich) nicht nachgewiesen ist, dass trotz bestehender Gebrauchsvorteile eine entscheidende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit besteht (so auch Entscheidung der Vorinstanz). Dies wird in der Literatur zwar teilweise diskutiert, jedoch habe sich bisher keine herrschende abweichende Auffassung gebildet bzw. in den Tabellenwerken niedergeschlagen. Bei fehlender medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage (die MdE werde in der Praxis von med. Sachverständigen eingeschätzt und sei grundsätzlich von den Gerichten überprüfbar) kann das BSG aus eigener Sachkenntnis heraus keine anderweitige neue Einschätzung vornehmen.

Festgestellt hat das BSG darüber hinaus, dass die bisher herrschenden Tabellenwerte bereits eine prothetische Versorgung berücksichtigen, ohne dies jedoch näher auszuführen, und die MdE immer nur eine pauschale Einschätzung ist. Der Gesetzgeber hat jedoch weder Konkretisierungen der Vorgaben noch des Verfahrens zur MdE-Festsetzung in der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) festgelegt, sodass die bisherigen (rechtlich unverbindlichen) Tabellenwerte die einzigen Hilfsmittel für die Verwaltung und die Gerichte sind.

Nach Einschätzung der MdE-Expertengruppe ist aktuell nicht absehbar, ob und wann es zu etwaigen gesetzlichen Änderungen kommen wird und bis wann diese dann in die Rechtspraxis umgesetzt wären. Bis auf weiteres bleibt es somit dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand bzw. der überwiegend vertretenen Auffassung vorbehalten, diese Eckwerte zu überprüfen und ggf. neu zu bewerten. Auch wenn die MdE-Expertengruppe dafür keine formelle gesetzliche Legitimation wie der ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin besitzt, soll Ihre Arbeit bei entsprechendem Konsens und Akzeptanz aber wesentlich zur Weiterentwicklung und Konsolidierung der Erfahrungssätze beitragen und vor allem auf bisher strittige Fragen und Kritik eine Antwort geben.

Ganz grundsätzlich ist bei der MdE-Einschätzung nach dem Normzweck des § 56 SGB VII auch eine rechtliche und soziale Bewertung zu treffen. Die Rechtsprechung hat insoweit in wiederkehrenden Entscheidungen bestätigt, dass die Rente an Versicherte (Unfallrente) zwar ihre (ursprüngliche) Rolle als Lohnersatzfunktion für potentielle Erwerbseinbußen nicht verloren hat bzw. einem Schmerzensgeldanspruch nicht gleichzustellen ist. Dennoch ist ein gesellschaftlich bedingter Funktionswandel eingetreten, bei dem die Unfallrente auch dazu bestimmt ist, dem Ausgleich immaterieller Nachteile zu dienen, wie z.B. die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, Integritätsverluste bei Amputationen, äußerliche Entstellungen, Mehraufwand und Schmerzen (BSG Urteil vom 03.12.2002 -B 2 U12/02 R- juris; BGH Urteil vom 03.12.2002 -VI ZR 304/01- juris; BSG Urteil vom 31.03.1998 -B 4RA 49/96 R- juris).

Diesen Wandel der Unfallrente, d.h. eine gewisse Abkehr vom ursprünglichen Leitgedanken (Unfallversicherungsgesetz aus dem Jahr 1884) einer abstrakten (pauschalieren) MdE zur Kompensation des Verdienstaufschlags hin zu einer zusätzlichen Kompensation des Nichtvermögensschadens wegen heutzutage geringerer tatsächlicher Verdienstaufschläge (zumindest bei leichten bis mittel schweren Fällen), beschreibt schon das Bundesverfassungsgericht in einer Grundsatzentscheidung aus dem Jahre 1972. Es rechtfertigt den Ausschluss von zivilrechtlichen Schmerzensgeldansprüchen mit der gesetzgeberischen Grundentscheidung der Haftungsersetzung und der mit diesem Haftungsausschluss der Arbeitgeber verbundenen Sicherung des sog. Betriebsfriedens in den Unternehmen (BVerfG, Beschluss vom 07.11.1972 -1 BvL 4/71- juris).

Somit kann in der Ablösung der Unternehmerhaftpflicht eine weitere Begründung dafür gesehen werden, dass die Unfallrente (MdE) nicht nur auf Entschädigung materieller Schäden reduziert werden darf, sondern auch immaterielle Anteile enthält<sup>12)</sup>. Solche immateriellen Schadensanteile können aber nicht separat ausgeglichen werden, sondern sind nach Maßgabe der aktuellen gesellschaftlichen Wertevorstellungen bei der MdE-Einschätzung zu integrieren. Allgemeingültige Anhaltspunkte, in welcher Größenordnung diese Aspekte Berücksichtigung finden, existieren bisher nicht. Vorschläge im Rahmen der Diskussion eines möglichen Unfallversicherungs-Reformgesetzes vor ca. 10 Jahren, die die Unfallrente in einen einkommensabhängigen Kompensationsanteil (Minderung der Erwerbsfähigkeit im eigentlich Sinne) und einen vom Gesundheitsdauerschaden abhängigen Entschädigungsanteil (immaterieller Schadensersatzanteil bzw. Schmerzensgeldanteil) aufteilen wollten, sind nach intensiver Abwägung aus guten Gründen nicht umgesetzt worden.

Für den Bereich der sozialen Entschädigung (BVG, OEG u.a.) wurde später anstelle der Bezeichnung „MdE“ der „Grad der Schädigung“ eingeführt (§ 30 BVG, Länderinitiative). Der Vorschlag einer entsprechenden Harmonisierung in der gesetzlichen Unfallversicherung (Bundesrat Drucksache 541/07 vom 10.08.2007) wurde aber aufgrund der anderweitigen Zielrichtung nicht verwirklicht.

In der Rechtsprechung des BSG findet man folgerichtig weitere Gesichtspunkte, die bei der MdE berücksichtigt werden müssen:

- Störungen bestimmter körperlicher oder geistiger Funktionen, die im Erwerbsleben allgemein oder konkret benötigt werden (z.B. Sehfähigkeit, Riechvermögen, Gedächtnisfunktion, Greiffunktion).
- Beeinträchtigung der Belastbarkeit gegenüber Einwirkungen am Arbeitsplatz (z.B. Hitze, Kälte, Feuchtigkeit, Arbeitsstoffe).
- Psychische Störungen und die daraus resultierenden Auswirkungen (z.B. Angststörungen, Antriebshemmung, eingeschränkte Sozialkontakte).
- Sonstige Beeinträchtigungen der Einsetzbarkeit (z.B. erhebliche Schmerzen, Gefährdung Dritter, Infektionen, Schamgefühle).

Durch das Prinzip der Haftungsbefreiung der Unternehmer bzw. Haftungsersetzung durch die UV-Träger sollen Konflikte zwischen den Arbeitsvertragsparteien möglichst reduziert und gleichzeitig der Betriebsfrieden gefördert werden (vgl. BVerfG, Beschluss vom 07.11.1972 -1 BvL 4/71- juris). Der Unfallrente (MdE) kommt somit nach dem Leitgedanken der gesetzlichen Unfallversicherung ganz zentral die Funktion der (sozialen) Befriedung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu. Gleichzeitig wird hiermit gewährleistet, dass die UV-Träger ihrer vorrangigen Aufgabe der Rehabilitation und Eingliederung der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln nach § 1 Ziff. 2 SGB VII gerecht werden können, ohne dass dieser Prozess durch parallele Rentenstreitigkeiten bzw. falsche Begehrensvorstellungen unnötig überlagert und belastet wird. Dass die MdE-Richtwerte trotz aller Kritik diesen wichtigen Zweck in den letzten Jahrzehnten erfüllt haben, wird von keiner Seite bestritten und muss auch zukünftig gesichert bleiben. So werden in der gesetzlichen Unfallversicherung von jährlich etwa 24.000 neuen Arbeitsunfall- und BK-Renten lediglich ca. 2,32 % gerichtlich erstritten<sup>13)</sup>.

Anders als im zivilen Haftungsrecht geht es bei der Unfallrente eben nicht um einen konkreten individuellen Schadensausgleich, sondern um eine pauschale Entschädigung ohne Anspruch auf absolute individuelle Gerechtigkeit. Das BSG weist insoweit darauf hin, dass die MdE nur im Rahmen einer Schätzung ermittelt werden kann und Richtwerte sog. Primärannahmen darstellen, die dann von der Rechtspraxis bestätigt werden müssten.

Der Anspruch an die MdE sollte jedoch sein, eine sog. „relative Gerechtigkeit“ herzustellen, d.h. es sollte bei gleichen Verletzungen eine möglichst gleiche und nachvollziehbare MdE-Einschätzung geben, um die Akzeptanz und die Befriedung zwischen den Interessen auch zukünftig zu gewährleisten.



## 4. Methodik des Vorgehens der MdE-Expertengruppe

Die Expertengruppe hatte die Aufgabe, unter Einbeziehung belastbarer Erkenntnisquellen auf der Grundlage der Rechtsprechung des BSG und unter Einbeziehung der Fachexpertise aller Mitglieder einen transparenten, nachvollziehbaren und stringenten Vorschlag für neue MdE-Eckwerte im Bereich der Amputationsverletzungen zu erarbeiten. Nach Vorstellung der beauftragenden Gremien der DGUV soll dieser Vorschlag in einem öffentlichen und transparenten Verfahren mit den Sozialpartnern, der Sozialgerichtsbarkeit, den Betroffenen und weiteren medizinischen Experten diskutiert und auf Schlüssigkeit und Konsensfähigkeit hin überprüft bzw. ggf. weiterentwickelt werden.

Denn nur mit einem auf breiter Ebene bestehenden Konsens kann das Ziel erreicht werden, zukünftig möglichst einheitliche, allseits anerkannte und verlässliche MdE-Eckwerte zu etablieren.

Die Expertengruppe ist bei ihrer Arbeit wie folgt vorgegangen: Für eine Untersuchung von empirischen Daten zu verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten bei einzelnen Leistungseinschränkungen und zur jeweiligen Verschlussenheit des Arbeitsmarktes wurde eingangs vereinbart, sich zunächst auf eine prototypische Amputationsverletzung zu beschränken. Dieser Untersuchungsansatz basierte auf der Überlegung, dass eine ausreichende Datenbasis, wenn überhaupt, dann für eines der häufigen Verletzungsmuster zu finden sein sollte. Dieses Vorgehen könnte dann auf andere Verletzungen übertragen werden. Als Modell wurde die Unterschenkelamputation bei erhaltener Kniegelenksfunktion mit entsprechender Funktionsprothetik ausgewählt. Zum einen handelt es sich um eine in den letzten Jahrzehnten häufig vorkommende schwere Verletzung, zu der es eine umfangreiche Studienlage gibt. Zum anderen wurde zuletzt gerade auch die tradierte MdE 40 % nach Unterschenkelamputation teilweise in Frage gestellt bzw. neu bewertet<sup>14)</sup>.

### 4.1 Systematische Literaturrecherche zu Funktionseinschränkungen bei Gliedmaßenamputationen

Einen ersten Einstieg bildete eine systematische Literaturrecherche von Publikationen über Studien zum Outcome und zur Leistungsfähigkeit und Teilhabe nach Unterschenkelamputation.

Die Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde beauftragt, im Rahmen einer unabhängigen wissenschaftlichen Recherchearbeit zu untersuchen, inwieweit in der Literatur systematische Informationen (unter besonderer Berücksichtigung quantitativer Daten) vorhanden sind, die Auskunft über die Restfunktionen und damit über die Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF bei einer Amputation im Unterschenkel geben. Grundlage sollten verletzte Personen mit einer dem gegenwärtigen Standard entsprechenden exoprothetischen Versorgung nach Unterschenkelamputation bei endbelastbarem Stumpf und voll funktionsfähigem Kniegelenk sein. Kollektive von älteren Patienten (>60 J.) mit Amputation wegen peripherer arterieller Verschlusskrankheit wurden ausgeschlossen.

## 4.2 Analyse des sog. allgemeinen Arbeitsmarktes

Unter Rückgriff auf die in der Literaturrecherche gewonnene Übersicht zum Leistungsbild eines unfallbedingt Unterschenkelamputierten und unter Beiziehung des Erfahrungswissens der beteiligten Mediziner und Rehabilitationswissenschaftler wurde ein positives und negatives Leistungsbild zu diesem prototypischen Versicherten entwickelt mit einem durchschnittlichen zu erwartenden Aktivitätsniveau.

Dabei wurden alle Einflussgrößen auf das Restleistungsvermögen zusammengetragen, unter anderem die durchschnittliche täglich zumutbare Prothesentragedauer, die durchschnittlich zu erwartende Gehstrecke und das Stehen ohne Pausen, die durch die Prothesennutzung verursachte zusätzliche Pausendauer und -frequenz (Wartungszeiten der Prothese), Besonderheiten bei der Stumpfpflege, Besonderheiten bei arbeitsbedingter Staub-, Hitze und Feuchtigkeitseinwirkung und Arbeiten in Zwangshaltung, kniend oder hockend.

Auf der Grundlage der Studienergebnisse und mit dem Fachwissen der Experten erfolgte eine Beschreibung des gesundheitlichen Restleistungsvermögens einer versicherten Person nach unfallbedingter Unterschenkelamputation (prothesenversorgt, gute Stumpfverhältnisse, gute Stumpflänge) bzw. die Festlegung eines positiven und negativen Leistungsbildes. Dieses Leistungsbild wurde dann an arbeitswissenschaftliche Institutionen, wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) sowie das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (BA), mit folgender Fragestellung für eine Stellungnahme übermittelt:

„Wie groß ist der prozentuale Anteil der Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, welcher der versicherten Person unter Berücksichtigung des o.g. Restleistungsvermögens verschlossen ist (ohne Berücksichtigung des beruflichen Werdegangs und sonstiger berufsbezogener Qualifikationen und unabhängig von der Verweisbarkeit)?“

Zudem wurde die BAuA befragt, welche Erkenntnisse zum allgemeinen Arbeitsmarkt aus den BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen zu gewinnen sind<sup>15)</sup>.

### 4.3 Der Weg zur Bildung neuer MdE-Eckwerte

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche und nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer exakten Arbeitsmarktanalyse sowie der Prüfung möglicher Ableitungen aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen der VersMedV erfolgte sodann in einem letzten Schritt eine auf Expertenwissen gestützte Neuausrichtung der wichtigsten MdE-Eckwerte für Amputationen. Dabei wurde zunächst definiert, welche gemeinsamen Grundsätze für alle Amputationsverletzungen gelten sollten. Sodann wurden die für Eckwerte maßgeblichen Verletzungen mit ihren jeweiligen Funktionseinschränkungen dokumentiert, bewertet und in vergleichbare Klassen eingeteilt. Anschließend wurden diese Klassen entsprechend des Restleistungsvermögens den Anforderungen des Arbeitsmarktes gegenübergestellt und mit einer MdE in freier Einschätzung unabhängig von den tradierten MdE-Richtwerten bewertet. In dieser intensiven Diskussionsstufe hat sich besonders bewährt, dass die Expertengruppe sowohl über das erforderliche unfallchirurgisch-orthopädische Fachwissen als auch über zusätzliche reha- bzw. sozial-/arbeitsmedizinische Spezialkenntnisse verfügt hat.

Ebenso konnten auch die Vertreter der Unfallversicherungsträger ihre jahrzehntelangen Erfahrungen mit der Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Wiedereingliederung verletzter und berufserkrankter Versicherter in diesen Prozess gewinnbringend einbringen.

## 5. Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Aus 349 international publizierten Arbeiten konnten in der Recherche zur Beantwortung der Fragestellung am Ende nur 18 Publikationen verwertet werden<sup>16)</sup>. Daraus konnten einige wichtige Hinweise für die Leistungsfähigkeit nach Unterschenkelamputation identifiziert werden, die im Wesentlichen so auch schon in der S2k-Leitlinie zur Rehabilitation nach Major-Amputationen der unteren Extremität enthalten sind:

„Die transtibiale Amputation ermöglicht die Nutzung des eigenen Kniegelenkes. Im Rahmen einer Unterschenkelkurzprothesenversorgung ist in Bezug auf die Berufswahl mittelschwere körperliche Tätigkeit zumutbar, die Tätigkeit kann in allen körperlichen Lagen verrichtet werden, wobei häufiges Arbeiten in der Hocke und in Zwangshaltungen vermieden werden sollte.“

Weiterhin fanden sich zusätzliche Kontextfaktoren von erheblichem Einfluss. Neben der Qualität der Versorgung und der Rehabilitation waren auch die behinderungsgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes bzw. die Möglichkeit zur Adaption des bestehenden Arbeitsplatzes von Bedeutung, insbesondere aber auch das Lebensalter und damit die individuelle Anpassungsfähigkeit des Versicherten.

Im Einzelnen lassen sich die Ergebnisse der Studie wie folgt zusammenfassen<sup>17)</sup>:

Auf der Ebene der Aktivitäten (insgesamt 13 identifizierte Studien aus verschiedenen Ländern) finden sich überwiegend Studien zum Gehen (12 Studien). Die berichteten Einschränkungen liegen, je nach Patientengruppe und Untersuchungsmethodik, im Bereich 12 % - 50 %. Für die Dimensionen: Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, fortbewegen mit Transportmitteln und Selbstversorgung ist die Datenlage unzureichend, wengleich die Häufigkeit dieser Einschränkungen in der gleichen Größenordnung wie bei der Mobilität liegt und es sich um sehr relevante Parameter handelt. Somit kommen lediglich Parameter der Mobilität zur Beurteilung des Aktivitätsniveaus bzw. zur Differenzierung des Schweregrads der Einschränkung in Betracht.

Im Bereich der Teilhabe fanden sich 7 Studien aus verschiedenen Ländern zu Arbeit und Beschäftigung, bei denen sich eine hohe Streuung der Zahl arbeitsfähiger Patienten zeigte (40 % – 70 %).

Der Bereich Erholung und Freizeit wurde in 5 Studien adressiert und die Ergebnisse ähneln denen für Arbeit und Beschäftigung. Zu interpersonellen Interaktionen und Beziehungen liegt nur eine Studie vor, sodass hier keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen möglich sind. Insgesamt ist die Studienlage aber nicht ausreichend, um eine differenzierte ICF-basierte Klassifikation des Schweregrades der Teilhabebeeinschränkung zu ermöglichen, wengleich es sich um einen für die Betroffenen hochrelevanten Bereich handelt.

Für den Parameter der Lebensqualität wurden insgesamt 6 Studien identifiziert, die überwiegend mit dem Fragebogen SF-36 durchgeführt worden sind. Da es sich bei diesem Fragebogen um ein generisches und multidimensionales Erfassungsinstrument handelt, dessen Ergebnisse von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden, sind diese Studien nicht geeignet, eine Einschätzung der krankheitsspezifischen Einschränkungen zu beurteilen.

Zusammenfassend könnte lediglich das Gehen für eine Beurteilung der Funktionseinschränkung herangezogen werden. Für die Teilhabe im Beruf sowie an Freizeitaktivitäten werden zwar relevante Unterschiede beschrieben, wegen der starken Beeinflussung durch Kontextfaktoren und der geringen Repräsentativität der Studien können aber heute noch keine objektiven Kriterien für die Beurteilung der individuellen Einschränkung abgeleitet werden. Die Literatur in allen anderen Bereichen (wie. z.B. Selbstversorgung) ist zwar vom Konstrukt her interessant, allerdings ist hier die Datenlage absolut unzureichend.

## 6. Ergebnisse der Datenerhebung und Analyse zum Arbeitsmarkt

Unter Rückgriff auf das nach der systematischen Literaturrecherche zu Grunde zu legende Leistungsbild eines unfallbedingt Unterschenkelamputierten (prothesenversorgt, gute Stumpfverhältnisse, gute Stumpfänge) und Nutzung des Erfahrungswissens der beteiligten Mediziner und Rehabilitationswissenschaftler wurde für die Anfragen an das IAB und die BAuA das gesundheitliche Restleistungsvermögen eines prototypischen Versicherten mit einem durchschnittlichen Aktivitätsniveau wie folgt beschrieben:

Positives und negatives Leistungsbild mit den Merkmalen

- Quantitatives Leistungsvermögen vollschichtig
- Sitzen ständig
- Gehen und Stehen zeitweise (zusammen bis 3 Stunden pro Schicht)
- Leichte und mittelschwere Arbeiten mit Heben und Tragen bis 15 kg (vereinzelt anfallendes schweres Heben und Tragen sind kein Ausschlusskriterium)
- Keine hockenden und knienden Tätigkeiten (vereinzelt anfallende Arbeiten in Bodennähe sind kein Ausschlusskriterium)
- Keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten
- Keine ruckartigen Bewegungsbeanspruchungen der Beine
- Tätigkeiten auf unebenem Boden gelegentlich (bis 5 % – ca. 2mal pro Stunde)
- Überkopfarbeiten gelegentlich (bis 5 % – ca. 2mal pro Stunde)

Die an das IAB und die BAuA gerichtete Fragestellung wurde wie folgt formuliert:

1. Wie groß ist der prozentuale Anteil der Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, welcher unter Berücksichtigung des konkret beschriebenen Restleistungsvermögens verschlossen ist (ohne Berücksichtigung des beruflichen Werdeganges und sonstiger berufsbezogener Qualifikationen und unabhängig von der Verweisbarkeit)?
2. Welche Datenquellen stützen Ihre Bewertung?

Das IAB teilte mit Schreiben vom 26.06.2017 mit, dass die umfangreichen Datenbanken des IAB und der BA zur Erwerbsfähigkeit keine Informationen zum verbliebenen Arbeitsmarkt bei der angefragten Fallkonstellation liefern können<sup>18)</sup>. Die BAuA erläuterte mit Schreiben vom 23.03.2017 die Möglichkeiten und Grenzen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, die aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht herangezogen werden könne<sup>19)</sup>.

Aus den Stellungnahmen geht nachvollziehbar hervor, dass die Daten des IAB bzw. der BA für Arbeitsmarktanalysen keine ausreichende Grundlage für die MdE-Einschätzung bieten. Gleiches gilt für die Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen<sup>20)</sup>, auf die sich auch die Arbeitsgruppe aus der Kommission Gutachten der DGU konkret in ihren Veröffentlichungen beziehen<sup>21)</sup>. Bei den BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen handelt es sich um subjektive Einschätzungen der Erwerbstätigen, die keinen Rückschluss auf die objektive Situation, d.h. die tatsächlichen Belastungen und Beanspruchungen am

Arbeitsplatz, zulassen. Im Ergebnis sind die den beiden Bundesinstitutionen zur Verfügung stehenden Daten aufgrund ihrer spezifischen Zweckbestimmung nicht bzw. nur unzureichend aussagefähig zur Beantwortung der Fragestellung der Verschllossenheit des Arbeitsmarktes bei definiertem Restleistungsvermögen.

Andere methodische Ansätze, ausgehend von den vorhandenen Arbeitsmarktdaten (z.B. Datenbank BERUFENET) und den darin enthaltenen Berufsinformationen, wurden nach Rücksprache mit dem IAB aus verschiedenen Aspekten heraus nicht weiterverfolgt. Die in bedeutendem Umfang für die Bundesagentur für Arbeit durchgeführte sozialmedizinische Begutachtung beispielsweise nimmt überwiegend Bezug auf die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes oder ggf. spezielle Anforderungen von Maßnahmen und kann für den Kontext des SGB VII ebenfalls keine ausreichenden weiterführenden Erkenntnisse liefern.

Der Ansatz, die MdE-Werte in erster Linie mittels empirischer Daten mit belastbarem Bezug zum Arbeitsmarkt bzw. zum prozentualen Anteil der verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten zu bestimmen, hat sich aufgrund der derzeit zur Verfügung stehenden Quellen somit als nicht umsetzbar erwiesen. Zudem ist für einige in den letzten Jahrzehnten hinzugekommene unfallversicherte Personengruppen (z.B. Schüler, Studierende oder ehrenamtlich Tätige), die nicht erwerbstätig sind, der allgemeine Arbeitsmarkt nur von eingeschränkter Bedeutung.

Um den Anforderungen des § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII unter den gegebenen Umständen dennoch bestmöglich gerecht zu werden, hat die Expertengruppe ihr Erfahrungswissen über den allgemeinen Arbeitsmarkt und die Besonderheiten der verschiedenen Arbeitsbereiche in Groß-, Mittel- und Kleinunternehmen eingebracht und dabei auf ihre berufskundlichen Fachkenntnisse der physischen und psychischen Anforderungen und der sozialmedizinischen Rahmenbedingungen an Arbeitsplätzen zurückgegriffen. Besonders hilfreich war in diesem Zusammenhang, dass die Gruppe nicht nur das traditionell wichtige orthopädisch-unfallchirurgische Wissen für Funktionseinschränkungen nach Amputationsverletzungen verkörperte, sondern dass darüber hinaus auch Expertenwissen zu den Fachgebieten Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Rehabilitationsmedizin, Berufskunde und Arbeitsmarkt vorhanden war.

Auch wenn aus der Befragung der o.g. Institutionen keine unmittelbaren empirischen Daten ableitbar sind, so geben deren Veröffentlichungen und die Befragung aber durchaus Hinweise, wie sich der Arbeitsmarkt und die Anforderungen an Beschäftigte über die letzten Jahrzehnte entwickelt haben. Beispielhaft seien hier die Berichte des IAB genannt<sup>22)</sup>, aus denen sich seit Mitte der 1970er Jahre ein Rückgang der klassischen Produktionsberufe um ca. 15 % (von 50 % auf ca. 35 %) ableiten lässt.

Zugleich ist eher geringfügig der Verwaltungssektor um ca. 7 %, aber vor allem der Dienstleistungssektor um ca. 10 % auf insgesamt mehr als 30 % angewachsen. Gerade in den Dienstleistungsberufen sind aber Flexibilität und Mobilität unter wechselnden bzw. vielfältigen Anforderungen von besonderer Bedeutung.

## 7. Entwicklung von neuen MdE-Eckwerten

Nach Abschluss der Analysephase hat die Expertengruppe unter Einbringung ihres multiprofessionellen Hintergrundes und vielfältigen Fachwissens einen Vorschlag für eine Neujustierung der MdE-Werte für Amputationsverletzungen der oberen und unteren Extremitäten entwickelt. Einbezogen wurden dabei sowohl die bisher in den bekannten Standardwerken veröffentlichten Werte<sup>23)</sup> als auch die zuletzt von Ludolph/Schürmann u.a. vorgeschlagenen Änderungen<sup>24)</sup> sowie die zwischenzeitlich vom ÄSB Versorgungsmedizin konsentierten neuen GdB/GdS-Werte, die zukünftig in die VersMedV eingehen sollen und teilweise schon durch den Bundesrat verabschiedet wurden (siehe Einleitung).

Einer der größten Kritikpunkte an den bisherigen MdE-Tabellen ist, dass kaum nachvollziehbar ist, auf welcher Grundlage die Einschätzungen beruhen bzw. wie diese im Einzelfall begründet werden. Zudem ist nicht erkennbar, ob es sich nur um tradierte Werte handelt oder ob von Zeit zu Zeit eine Überprüfung auf der Grundlage des sich verändernden Arbeitsmarktes erfolgt. Die Expertengruppe hat sich daher zunächst auf gemeinsame Grundsätze verständigt, die für alle neuen MdE-Werte gelten sollen. Diese Grundsätze dienen nicht nur dem besseren Verständnis und der Transparenz der MdE-Einschätzung, sondern sollen darüber hinaus dem Gutachter wichtige Anhaltspunkte zur Beurteilung des zu entscheidenden Einzelfalles geben. Weiterhin war es der Expertengruppe wichtig, die unterschiedlichen Gliedmaßenverluste mit ihren funktionellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt zu beschreiben, miteinander zu vergleichen und zu gruppieren, um für die so gebildeten Klassen eine begründete Einschätzung abgeben zu können.

Bei den Beratungen hat sich zudem aufgedrängt zu untersuchen, ob und inwieweit die jüngst vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin für „Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen“ aktualisierten und konsentierten Werte für den Grad der Behinderung (GdB) und den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) [siehe Einleitung, bisher unveröffentlicht] für die MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung herangezogen werden können bzw. inwieweit ggf. Ableitungen zulässig sind.

Die Ziele des sozialen Entschädigungsrechts bzw. des Schwerbehindertenrechts (Bundesversorgungsgesetz, Sozialgesetzbuch IX) unterscheiden sich von denen der gesetzlichen Unfallversicherung. Ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen GdB und MdE hinsichtlich des zugrundeliegenden Bewertungsmaßstabs. Die MdE stellt auf die „Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ ab, während für den GdB die „Teilhabebeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (einschließlich des Arbeitsmarktes)“ maßgebend sind. Deshalb sind die für den GdB/GdS über § 30 Abs.1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) geltenden „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ nicht direkt auf die gesetzliche Unfallversicherung übertragbar. Auch wenn die Zielrichtung des sozialen Entschädigungsrechts bzw. des Schwerbehindertenrechts einerseits und des gesetzlichen Unfallversicherungsrechts andererseits nicht deckungsgleich sind, so gibt es dennoch wichtige Parallelen. Die medizinische Einschätzung der Funktionseinschränkungen lehnt sich in beiden Rechtsbereichen an das biopsychosoziale Modell der ICF an. Die Expertengruppe hat sich hier



deshalb an den Feststellungen des ÄSVB Versorgungsmedizin orientiert. Sowohl die Versorgungsmedizinischen Grundsätze als auch die MdE-Tabellen bilden zudem Gruppen gleicher Funktionsstörungsklassen und nehmen jeweils die Einstufung auf einer Skala zwischen 10 und 100 vor.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bewertungsmaßstäbe hat die Experten-  
gruppe für die Konzeption reformierter MdE-Eckwerte überprüft, ob sich eine amputationsbedingte Funktionsbeeinträchtigung unter den besonderen Anforderungen des Arbeitsmarktes ggf. stärker oder schwächer auswirkt als die Teilhabebeeinträchtigung in allen Lebensbereichen.

## 8. Reformierte MdE-Eckwerte mit Begründungen

Grundlage der reformierten MdE-Eckwerte sind zunächst einmal die medizinischen Kriterien in Anlehnung an das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die sich daraus ergebenden Funktionseinschränkungen wurden sodann mit den Anforderungen abgeglichen, die nach dem Erfahrungswissen der Expertengruppe im gesamten Erwerbsleben an Beschäftigte gestellt werden, bezogen auf körperliche, geistige und seelische Leistungsanforderungen einschließlich des sich aus der jeweiligen Verletzung ergebenden Integritätsschadens. Entsprechend des die gesetzliche Unfallversicherung prägenden Prinzips des abstrakten Schadensausgleichs erfolgte diese Einschätzung generell über alle Alters- und Berufsgruppen.

Besondere individuelle Faktoren lassen sich nicht in einem Rahmenwerk abbilden, sondern bleiben der Entscheidung im Einzelfall, in aller Regel auf der Grundlage einer persönlichen Begutachtung, vorbehalten. Anders als die GdB/GdS-Werte der VersMedV haben die MdE-Tabellen nach ständiger Rechtsprechung nicht die Rechtsqualität eines antizipierten Sachverständigengutachtens, sodass besondere Umstände, wie z.B. übermäßiger altersbedingter Verschleiß, bereits bei der Erstfeststellung zusätzlich berücksichtigt werden oder später zu einer Verschlimmerung führen können.

Im Ergebnis weichen die vorgeschlagenen reformierten, neuen MdE-Eckwerte nur vereinzelt von den derzeitigen MdE-Werten ab, wobei bisher teilweise inkonsistente Werte u.a. aufgrund unterschiedlicher Bezeichnungen harmonisiert werden. Allgemein und insbesondere bei Mehrfachamputationen steht dabei weniger als bisher der Verlust der einzelnen Gliedmaße an sich im Vordergrund, sondern im Wesentlichen die sich unter Betrachtung der gesamten Funktionseinheit (z.B. Greiffunktion der Hand) verbliebenen Fähigkeiten und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Auch wenn die MdE-Expertengruppe den Vorschlägen der Arbeitsgruppe aus der Kommission Gutachten der DGU<sup>25)</sup> im Ergebnis nicht folgen konnte, da die Daten über den Arbeitsmarkt sich nicht als belastbar erwiesen haben (vgl. oben unter 6), hat diese Initiative für die Diskussion um die MdE-Einschätzung insgesamt einen wichtigen Beitrag geleistet.

### 8.1 Gemeinsame Grundsätze zur Bildung der MdE-Eckwerte

Grundlage für die Feststellung des Gesundheitsschadens und der dadurch verursachten Funktionsbeeinträchtigungen sind zunächst medizinische Kriterien bzw. Vorgaben der ICF. Mit Gesundheitsschaden ist der Verlust einer Gliedmaße oder mehrerer Gliedmaßen mit oder ohne Ausgleich durch Funktionsprothetik gemeint.

Unter Zugrundlegung medizinischer Kriterien werden Klassen vergleichbarer Funktionsstörungen gebildet, für die eine einheitliche MdE vorgeschlagen wird. Die Funktionsstörungen sind dabei im Wesentlichen durch Willkürbewegung, unwillkürliche Bewegungen bzw. Bewegungsreaktionen, Körper- bzw. Gelenkstabilität, Leistungsfähigkeit (Ausdauer,

Kraft) gekennzeichnet. Die MdE steigt grundsätzlich kontinuierlich mit der Amputationshöhe an.

Das erarbeitete Rahmenwerk enthält ausschließlich Klassen mit MdE-Zehnerwerten zwischen 10 % und 100 %. Unter dem Gebot geringster wesentlicher klinischer Funktionsunterschiede wird auf 5 %-Werte verzichtet. Die in der gesetzlichen Unfallversicherung zulässige MdE-Einschätzung im 5 %-Bereich kann und soll in einer Eckwerte-Tabelle allgemeingültig nicht abgebildet werden und bleibt deshalb im Verantwortungsbereich des medizinischen Gutachters bzw. der Entscheidung des UV-Trägers oder der Sozialgerichte dem Einzelfall vorbehalten.

Die vorgeschlagenen MdE-Werte beruhen auf der anzustrebenden bestmöglichen Versorgung der versicherten Personen insbesondere im Hinblick auf:

- Funktionelle Kompensation und Rekonstruktion,
- Stumpfqualität, Muskelmantel,
- Nervenfunktionen,
- Narbenbildung,
- Hilfsmittelversorgung.

„Bestmöglich“ meint dabei nicht eine theoretisch bestmögliche Versorgung, d.h. außergewöhnlich gute Ergebnisse (z.B. bei prothetisch an Unterschenkel oder Oberschenkel versorgten Leistungssportlern) sind nicht berücksichtigt. Entscheidend ist das regelmäßig bei dem überwiegenden Anteil der Patienten erreichbare Therapieergebnis auf Grundlage leitliniengerechter Therapie. Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung schließt dies die Versorgung mit einer modernen Funktionsprothese ein.

Die MdE-Eckwerte stellen insoweit Mindestwerte dar, von denen unter besonders zu begründenden Umständen im Einzelfall nach oben abgewichen werden kann. Wird das Therapieziel nicht erreicht, so kann dies bei erheblich stärkeren Funktionsbeeinträchtigungen als allgemein üblich bzw. einer aus medizinischen Gründen qualitativ hinter dem Standard zurückbleibenden prothetischen Versorgung zu einer höheren MdE führen, z.B. durch:

- ungünstige Stumpfverhältnisse,
- Nervenschädigung,
- deutliche Muskelminderung,
- ausgeprägte Narbenbildung,
- verminderte Belastungsfähigkeit

Der mit dem Gesundheitsschaden verbundene übliche (ggf. auch aufwändige) Therapieaufwand (Anlegen und Ablegen der Prothese, Säubern, Instandhaltung, Pflege von Wund-Druckstellen etc.) ist bei der MdE-Bemessung mitberücksichtigt. Ein im Einzelfall erheblich darüber hinaus gehender Therapieaufwand kann eine höhere MdE rechtfertigen.

Eine funktionelle Rekonstruktion bzw. optimale Hilfsmittelversorgung (Prothetik) kann die Funktionsbeeinträchtigung nur teilweise ausgleichen. Nicht kompensiert wird der bei Amputation (insbesondere) größerer Gliedmaßen fortbestehende Gesundheitsschaden, der regelhaft zu einer erheblichen Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes sowie der körperlichen Integrität führt und auch eine erhebliche Beeinträchtigung der interpersonellen Interaktion bedingen kann (so z.B. auch bei Verbrennungen, Entstellungen etc.). Diese Auswirkungen wurden in Abhängigkeit von der Schwere des Gesundheitsschadens bei der Festsetzung der MdE-Werte als immaterieller Schadensanteil mitbewertet. Berücksichtigt wurden zudem die durch den Extremitätenverlust bedingte Fehlwahrnehmung (Phantomgefühl) sowie die damit regelmäßig in Verbindung stehenden Schmerzen, soweit sie mit dem feststellbaren Ausmaß des Gesundheitsschadens korrelieren.

Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und somit auf die Höhe der MdE haben insbesondere Einschränkungen bzw. Störungen:

- der Bewegungsfreiheit, Mobilität, Fortbewegung,
- der Benutzung von Transportmitteln und Fahrzeugen,
- des sicheren Standes bzw. Überwindung von Steigungen, Unebenheiten, Treppen,
- der sensiblen Empfindung, des Tastsinns, der Feinmotorik, des Greifens bzw.
- des Tragens und Handhaben von Lasten und der Druck- und Kraftausübung,
- der Selbstversorgung,
- des Schreibens, der PC-Handhabung,
- der nonverbalen Kommunikation (Ausdrucksfähigkeit, Gestik),
- der Leistungsfähigkeit in Bezug auf übliche Arbeitszeiten und der damit verbundenen Beanspruchungen.

Die vorgestellte Tabelle beinhaltet MdE-Werte für Gliedmaßen-Amputationen, die auch als Eckwerte für sonstige, vergleichbare Schädigungsfolgen (z.B. bei erhaltener Gliedmaße ohne Funktion) dienen. Andere Gliedmaßen-Funktionsstörungen sind bezüglich sämtlicher Funktionen in Vergleich zu setzen. Dabei ist im Einzelfall zu berücksichtigen, dass trotz erhaltener Gliedmaße die Funktionsstörung in Ausnahmefällen ungünstiger sein kann als der Verlust.

Die Einschätzung beidseitiger Betroffenheit folgt den Grundsätzen der integrativen Gesamtschau für die Bildung der Gesamt-MdE, wobei die MdE-Eckwerte für vergleichbare Beeinträchtigungen zu beachten sind.

Die vorgeschlagenen MdE-Eckwerte beziehen sich auf die Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit (§ 62 Abs. 2 SGB VII), wenn die Heilungs-, Anpassungs- sowie auch Gewöhnungsvorgänge abgeschlossen sind. Für die Rente als vorläufige Entschädigung (§ 62 Abs. 1 SGB VII) können deshalb im Einzelfall höhere MdE-Werte in Betracht kommen.

## 8.2 Obere Gliedmaßen einschließlich der Finger

Den oberen Gliedmaßen kommt aufgrund der besonderen Bedeutung manueller Tätigkeiten im Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zu, was insbesondere bei der Gegenüberstellung von Hand/Finger bzw. Fuß/Zehen berücksichtigt wird.

Eine Unterscheidung zwischen Haupt- und Hilfshand erfolgt nicht, da dies nach heute einhelliger Meinung weder medizinisch noch arbeitstechnisch begründbar ist. Distale Armwerte sind wegen der Bedeutung manueller Funktionen deshalb generell höher als distale Beinwerte einzuschätzen. Dabei sind vor allem die Funktionen der Fein- und Grobmotorik, der Sensibilität und Gestik mitberücksichtigt. Auch die Beeinträchtigung der körperlichen Integrität ist im oberen Gliedmaßenbereich aufgrund der deutlichen Sichtbarkeit des Körperschadens besonders hoch ausgeprägt.

Der einseitige Armverlust begründet maximal eine MdE von 80 % (Verlust des Armes im Schultergelenk). Beidseitige Armverluste begründen eine MdE von 100 %, weil manuelle Funktionen völlig verloren sind.

Die geringste wesentliche Funktionsstörung durch Gliedmaßenverlust an einem Arm ist der Verlust eines ganzen Langfingers (MdE 10 %). Wegen der hohen Kompensationsmöglichkeit nach Ablauf von 6 Monaten begründet sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Langfingern. Die angegebenen MdE-Werte für Fingerverluste gelten für den Verlust des jeweils ganzen Fingers. Bei Verlust einzelner Fingerglieder sind niedrigere Werte anzusetzen.

Der Verlust der Gliedmaße im Unterarm ist dem der Hand gleichzusetzen. Die wesentliche Funktion des Unterarmes ist es, die Hand in eine Funktionsstellung zu bringen. Fehlt die Hand, so ist auch die Funktion des Unterarmes als eigenständiger Beitrag nicht höher zu bewerten. Lediglich der kurze (weniger als 10 cm messende) Unterarmstumpf erschwert die prothetische Versorgungsmöglichkeit und ist deshalb mit einer höheren MdE zu bewerten. Generell ist unter einem kurzen Stumpf ein Stumpf zu verstehen, der eine vergleichbare Funktionseinbuße wie der Verlust im angrenzenden Gelenk zur Folge hat.

Der Verlust der Hand im Handgelenk ist funktionell schwerwiegender (MdE 60 %) als der Verlust aller fünf Finger im Grundgelenk an einer Hand (MdE 50 %). Die beim Verlust der Finger noch vorhandene Handfläche kann dabei noch im Sinne einer Schaufel (Druck- oder Haltefläche) motorisch eingesetzt und beim Halten von Gegenständen im Sinne einer Bei-Hand benutzt werden. Bei erhaltener Sensibilität ist zudem ein weiterer Vorteil zur Handprothese gegeben. Auch ist der vollständige, einseitige Verlust aller Langfinger nicht in gleichem Maße auffällig wie die Verkürzung der gesamten oberen Extremität beim Verlust der Hand. In der in unserer Kultur üblichen Bekleidung ist die Hand immer sichtbar. Fehlen die Finger, muss das zunächst nicht auffallen, fehlt jedoch die ganze Hand, ist das ein kaum zu verbergendes Merkmal.

Von herausragender Bedeutung für die Handfunktion ist der Daumen. Insbesondere die Oppositionsbewegung des Daumens ermöglicht es erst, bestimmte wichtige Greiffunktionen auszuführen. Bei Verlust des Daumens im Grundgelenk (MdE 30 %) stellt der zusätzlich zum Daumen eintretende Verlust nur eines Langfingers noch keine wesentlich andere (zusätzliche) Beeinträchtigung dar und verursacht deshalb keine höhere MdE.

Fehlen neben dem Daumen zusätzlich der Ring- und Kleinfinger der gleichen Hand, so verbleibt durch den Zeige- und Mittelfinger der Interdigitalgriff erhalten und somit die Fähigkeit, mit zwei starken nebeneinanderliegenden Langfingern etwas feinmotorisch zu manipulieren bzw. kraftvoll anzuheben. Das begründet eine MdE von 30 % auch in dieser Konstellation. Fehlen jedoch zusätzlich zum Verlust des Daumens der Zeige- und Mittelfinger, liegt eine wesentliche Minderung der zuvor beschriebenen Restfunktionalität vor, sodass die MdE in dieser Konstellation 40 % beträgt. Fehlen neben dem Daumen drei weitere komplette Langfinger, stellt der Erhalt nur eines verbliebenen Langfingers eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem Verlust aller Finger (MdE 50 %) dar, weil z.B. Tätigkeiten auf einer Tastatur noch partiell ausgeführt werden können, sodass die MdE ebenfalls mit 40 % beurteilt wird.

Bei Verlust beider Daumen (mit und ohne zusätzlichem beidseitigen einzelnen Langfingerverlust) beträgt die MdE 60 %, da beidseits die Funktion eines Oppositionsgriffes zwischen Daumen und einem der Langfinger wegfällt, die spezifische Kompensationsmöglichkeit durch das Einsetzen der zweiten Hand nicht mehr gegeben ist und die speziell durch den Daumen ermöglichten Griffarten vollständig verloren gegangen sind.

Der Verlust des Daumens an einer Hand und eines Langfingers der anderen Hand bedeutet noch keine wesentliche Verschlechterung der Gesamtfunktionalität gegenüber dem alleinigen Daumenverlust und wird deshalb mit einer MdE von 30 % bewertet. Fehlen neben dem Daumen einer Hand zwei Langfinger der anderen (kontralateralen) Hand, beträgt die MdE 40 %, bei Verlust dreier Langfinger 50 %, da in beiden Fällen der Oppositionsgriff, wenn auch verringert, grundsätzlich noch erhalten ist. Fehlt an der einen Hand der Daumen und fehlen an der Gegenhand alle vier Langfinger, so ist eine MdE von 70 % gerechtfertigt, da die spezifische Funktionalität des Oppositionsgriffes nunmehr auf beiden Seiten ausfällt und zudem ein Faustschluss als weitere wichtige Greiffunktion auf einer Seite zusätzlich wegfällt.

Der Verlust beider Daumen bei Erhalt aller Langfinger wird hingegen nur mit einer MdE von 60 % bewertet, da gegenüber der vorherigen Konstellation zwar ebenfalls kein Oppositionsgriff beidseitig möglich ist, die acht verbliebenen Langfinger auf beiden Seiten aber sowohl beim Anheben von Gegenständen als auch beim Schreiben auf einer Tastatur und beim beidseitigen Festhalten mittels Faustschluss einen wesentlichen Vorteil darstellen.

Gegenüber dem Verlust aller 10 Finger (MdE 100 %) stellt der Verbleib eines Langfingers bei Verlust von vier Langfingern der einen Hand und fünf Fingern an der anderen Hand eine wesentliche Verbesserung dar und wird mit einer MdE von 90 % bewertet. Sind nur noch beide Daumen vorhanden, beträgt die MdE 80 %.

Für die oberen Gliedmaßen ergeben sich im Vergleich zu den bisher überwiegend vorgeschlagenen MdE-Werten in den unfallmedizinischen Standardwerken<sup>26)</sup> › siehe MdE-Tabelle Spalte 1 (MdE bisher), nachfolgende reformierte MdE-Werte im Überblick › siehe MdE-Tabelle Spalte 2 (MdE neu)<sup>27)</sup>.

**MdE-Expertengruppe**  
**MdE-Neueinschätzung bei Verlusten an oberen Gliedmaßen**

			<b>MdE-Werte in Prozent</b>	
			<b>MdE bisher</b>	<b>MdE neu</b>

**Verluste an oberen Gliedmaßen**

1	Verlust eines Armes	im Unterarm mit langem Unterarmstumpf bzw. im Handgelenk	65	<b>60</b>
2		im Unterarm mit kurzem Unterarmstumpf	65/70	<b>70</b>
3		im Oberarm oder Ellenbogengelenk	70	<b>70</b>
4		im Schultergelenk bzw. Oberarm mit kurzem Stumpf	80	<b>80</b>
5	Verlust <b>beider</b> Arme		100	<b>100</b>
6	Verlust <b>einer</b> Hand		60	<b>60</b>
7	Verlust <b>beider</b> Hände		100	<b>100</b>

**Fingerverluste an einer Hand**

8	Verlust des Daumens	im Grundgelenk	20	<b>30</b>
9	Verlust des Daumens und eines Langfingers	jeweils im Grundgelenk	30	<b>30</b>
10	Verlust des Daumens sowie des Ring- und Kleinfingers	jeweils im Grundgelenk	40	<b>30</b>
11	Verlust des Daumens sowie des Zeige- und Mittelfingers	jeweils im Grundgelenk	45	<b>40</b>
12	Verlust des Daumens sowie drei weiterer Langfinger	jeweils im Grundgelenk	50	<b>40</b>
13	Verlust von 1 Langfinger	im Grundgelenk	10	<b>10</b>
14	Verlust von 2 Langfingern (ZF+MF)	jeweils im Grundgelenk	20/25	<b>20</b>



			MdE-Werte in Prozent	
			MdE bisher	MdE neu
15	Verlust von 3 Langfingern (ZF+MF+RF)	jeweils im Grundgelenk	35/40	<b>30</b>
16	Verlust von 4 Langfingern (ZF+MF+RF+KF)	jeweils im Grundgelenk	45	<b>40</b>
17	Verlust aller 5 Finger einer Hand	jeweils im Grundgelenk	50	<b>50</b>

### Fingerverluste an beiden Händen

18	Verlust des Daumens an einer Hand und eines Langfingers an der ande- ren Hand	jeweils im Grundgelenk	30/25	<b>30</b>
19	Verlust des Daumens an einer Hand und von zwei Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk	40	<b>40</b>
20	Verlust des Daumens an einer Hand und von drei Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>50</b>
21	Verlust des Daumens an einer Hand und von allen Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>70</b>
22	Verlust beider Daumen (mit und ohne zusätzli- chem beidseitigen einzel- nen Langfingerverlust)	jeweils im Grundgelenk		<b>60</b>
23	Verlust von je 4 Langfin- gern beider Hände	jeweils im Grundgelenk		<b>80</b>
24	Verlust von 4 Langfingern einer Hand und 5 Fingern an der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>90</b>
25	Verlust aller 10 Finger	jeweils im Grundgelenk	80	<b>100</b>

### 8.3 Untere Gliedmaßen

Auch wenn den unteren Gliedmaßen im heutigen Arbeitsleben grundsätzlich eine geringere Bedeutung zukommt als den oberen Gliedmaßen, so sind die dauerhafte Belastungsfähigkeit sowie ausreichende Mobilität und Flexibilität gerade in dem großen Segment der Dienstleistungsberufe von großer Relevanz für die Beschäftigung. Im Vergleich zum Verlust des Armes im Unterarm bzw. der Hand (MdE 60 %) wirkt sich der Verlust eines Beines im Unterschenkels auf die Erwerbsfähigkeit deshalb zwar geringer aus, ist aber dennoch weiterhin mit einer MdE von 40 % einzuschätzen.

Einseitige Beinverluste begründen maximal eine MdE 80 % (Verlust des Beines im Beckenskelett oder Hüftgelenk). Beidseitige Beinverluste begründen eine MdE von 100 %, wenn überwiegend Rollstuhlnotwendigkeit besteht. Bei Verlust eines Beins im Beckenskelett oder im Hüftgelenk ist zusätzlich die Fähigkeit zu sitzen bzw. in einer sitzenden Position zu verbleiben regelhaft beeinträchtigt. Hierin unterscheidet sich die Beeinträchtigung gegenüber der bei Verlust eines Beins im Oberschenkel mit kurzem Oberschenkelstumpf (MdE 70 %), bei dem die Sitzstabilität erhalten ist. Die Fähigkeit bzw. Beeinträchtigung des Sitzens hat zudem Einfluss auf weitere Aktivitäten.

Die geringste wesentliche Funktionsstörung durch Gliedmaßenverlust an einem Bein ist der Verlust einer Großzehe und zumindest zwei weiterer Zehen (MdE 10 %).

Die Möglichkeit bzw. Qualität der Versorgung mit einer Beinprothese und damit u.a. die Herstellung der Gehfähigkeit ohne Gehhilfe, hängt insbesondere von der Länge des Stumpfs ab. Unter einem kurzen Stumpf ist ein Stumpf zu verstehen, der eine vergleichbare Funktionseinbuße wie der Verlust im angrenzenden Gelenk zur Folge hat. Somit unterscheidet sich die Beeinträchtigung je nach Länge des Oberschenkelstumpfes.

Bei Amputationen im Kniegelenk kommt es infolge der Prothesenanpassung mit Aufsetzen des künstlichen Gelenkes auf die gesamte Oberschenkellänge zu einer, insbesondere im Sitzen, auffälligen Verlängerung des Oberschenkels. Entsprechend ist die Beeinträchtigung bei Kniegelenkexartikulationen (MdE 50 %) höher als bei Amputationen im Unterschenkel bei erhaltenem Kniegelenk (MdE 40 %). Die Beeinträchtigung bei Kniegelenkexartikulationen (MdE 50 %) ist jedoch geringer als bei Amputationen im Oberschenkel (MdE 60 %) wegen der besseren Belastbarkeit und der besseren Sitzfunktion.

Bei Amputationen im Unterschenkel wird die Funktionsfähigkeit nur dann wesentlich durch die Stumpflänge beeinflusst, wenn diese so kurz ist, dass dadurch die prothetische Versorgung oder die Kniefunktion erheblich eingeschränkt werden.

Für die unteren Gliedmaßen ergeben sich im Vergleich zu den bisher ganz überwiegend vorgeschlagenen MdE-Werten in den unfallmedizinischen Standardwerken<sup>28)</sup> › siehe MdE-Tabelle Spalte 1 (MdE bisher), nachfolgende reformierte MdE-Werte im Überblick › siehe MdE-Tabelle Spalte 2 (MdE neu)<sup>29)</sup>.

**MdE-Expertengruppe**  
**MdE-Neueinschätzung bei Verlusten an unteren Gliedmaßen**

			<b>MdE-Werte in Prozent</b>	
			<b>MdE bisher</b>	<b>MdE neu</b>
<b>Verluste an unteren Gliedmaßen</b>				
26	Verlust eines Beines	im Unterschenkel	40	<b>40</b>
27		im Kniegelenk oder kniegelenksnah	50	<b>50</b>
28		im Oberschenkel nicht kniegelenksnah	60	<b>60</b>
29		im Oberschenkel mit kurzem Oberschenkelstumpf und Sitzstabilität	70	<b>70</b>
30		im Beckenskelett oder Hüftgelenk ohne Sitzstabilität	80	<b>80</b>
31	Verlust beider Beine	im Unterschenkel	70/80	<b>70</b>
32		im Kniegelenk oder kniegelenksnah	70/80	<b>80</b>
33		im Hüftgelenk oder Oberschenkel nicht kniegelenksnah	100	<b>100</b>
34	Verlust eines Fußes	im Mittelfuß	20/25	<b>20</b>
35		im Rückfuß	30/35	<b>30</b>
36	Verlust beider Füße	im Mittelfuß	40	<b>40</b>
37		im Rückfuß mit Sprunggelenksarthrodese	60	<b>60</b>
38	Verlust der Großzehe, (ggf. mit Verlust von 1 weiteren Zehe)		<10/10	<b>&lt;10</b>
39	Verlust der Großzehe mit Verlust von 2 – 4 weiteren Zehen		10/15/20 Einschätzungs- empf. uneinheitlich	<b>10</b>
40	Verlust aller 10 Zehen		20	<b>20</b>

## 9. Konsentierungsphase und Umsetzungsprozess

Das vorläufige Konsenspapier der MdE-Expertengruppe wurde den zuständigen DGUV-Gremien vorgestellt und von Januar 2018 bis Frühjahr 2019 in einem breit angelegten Konsensprozess mit Mitgliedern der Unfallversicherung, Vertretern der Sozialpartner, Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaften, Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialgerichtsbarkeit sowie der medizinischen Fachgesellschaften und schließlich auch mit ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern sowie Betroffenen und deren Verbänden diskutiert. Zentrale Veranstaltung war das am 27.06.2018 im Unfallkrankenhaus Berlin durchgeführte „MdE-Hearing“, an dem alle Mitglieder der Expertengruppe aktiv beteiligt waren<sup>30)</sup>. Weitere wichtige Termine waren das 6. D-Arzt-Forum Bundesverband der Durchgangsarzte e.V. am 28./29.09.2018 in Dortmund, der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2018) am 25.10.2018 in Berlin, das 30. Heidelberger Gespräch am 29./30.10.2018 in Heidelberg, der Kongress für Versicherungsmedizin und Begutachtung am 06.12.2018 in Frankfurt a.M., das Fachgespräch der Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) am 17.12.2018 in Hennef und die 31. Sozialrechtliche Jahrestagung des Deutschen Anwaltsinstituts am 08./09.03.2019 in Köln.

Nach einheitlicher Auffassung aller Mitglieder der Expertengruppe waren die Rückmeldungen durchweg konstruktiv und sehr positiv. Dies betraf die vorgeschlagenen neuen MdE-Eckwerte, die auf große Akzeptanz gestoßen sind, die Transparenz des Verfahrens bzw. Konsentierungsprozesses, die umfassenden Recherchen und Auswertungen der Gruppe sowie deren multiprofessionelle Zusammensetzung.

Die Kommission SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) hat sich im Rahmen ihrer Tagung auf dem Deutschen Sozialgerichtstag am 27./28.09.2018 in Potsdam exklusiv mit dem Thema „Grundlagen und Weiterentwicklung der MdE-Bemessung“ befasst. In der am 26.04.2019 veröffentlichten Stellungnahme der DSGT heißt es auszugsweise<sup>31)</sup>:

„Der DSGT e. V. begrüßt die Erarbeitung des ärztlichen Konsenspapiers zu den Erfahrungswerten der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach Amputationsverletzungen unter der Schirmherrschaft des Spitzenverbandes der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Hervorzuheben ist das – im Vergleich zu den bisher in der Praxis verwendeten MdE-Tabellen – wesentlich transparentere Verfahren (Bildung einer multiprofessionellen Expertenkommission, nachvollziehbare Beteiligung mehrerer ärztlicher Fachgesellschaften). Der DSGT e. V. begrüßt den sich an die Arbeit der Kommission anschließenden, von der DGUV geförderten, breit angelegten Diskussionsprozess mit Sozialpartnern, Betroffenenverbänden, Rechtsanwälten/Prozessvertretern und der Sozialgerichtsbarkeit. Er empfiehlt, diese Gruppen zukünftig noch früher an den Beratungen der Expertenkommission zu beteiligen, um Zwischenergebnisse sowie rechtliche, sozial- bzw. gesellschaftspolitische Anschlussfragen gemeinsam diskutieren zu können. Die von der Expertengruppe vorgeschlagenen MdE-Werte werden wesentlich besser nachvollziehbar begründet, als die bisher in der Literatur veröffentlichten MdE-Tabellen. Die weitere Diskussion wird zeigen, inwieweit die vorgeschlagenen MdE-Werte von den beteiligten Fachkreisen allgemein akzeptiert werden.“

Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass zukünftig rechtlich wie sozialpolitisch weiter zu diskutieren sei, ob und in welcher Form der Gesetzgeber aufgerufen ist, die Rechtsgrundlage für die MdE-Bemessung im SGB VII zu konkretisieren, oder ob möglicherweise in der Abkehr vom Begriff der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ zu Gunsten des im sozialen Entschädigungsrechts verankerten Begriffs des „Grades der Schädigungsfolge“ ein rechtsstaatlich gangbarer und mit den Prinzipien der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbarer Weg zu mehr Klarheit bei der Rentenbemessung liegen könnte.

Von Seiten der Vertreter der Sozialgerichtsbarkeit wurde sowohl auf dem DSGT 2018 als auch beim MdE-Hearing und bei anderen Veranstaltungen darauf hingewiesen, dass die Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung aller Versicherten mit der Veröffentlichung des Abschlussberichtes der MdE-Expertengruppe eine einheitliche Umsetzungsempfehlung geben möge. Diese sollte u.a. einen sog. Stichtag für die Anwendung der neuen MdE-Eckwerte festlegen und eine einheitliche Regelung im Umgang mit Bestandsrentenfällen enthalten. Nach der allgemein zugänglichen Veröffentlichung der Ergebnisse werde sich zeigen, ob die neuen MdE-Werte auf Akzeptanz stoßen und Eingang in die Rechtsprechung finden. Unfallrentenbescheide, die auf Basis der bisher geltenden MdE-Erfahrungswerte ergangen sind, seien nicht rechtswidrig. Eine Anpassung der Renten bei wesentlichen Veränderungen zu Gunsten der Versicherten unter dem Gesichtspunkt einer Änderung der „tatsächlichen Verhältnisse“ nach § 48 Abs.1 Satz 1 SGB X sei denkbar. Da es nur bei sehr wenigen Konstellationen zu partiellen Veränderungen komme, sei wohl eine Überprüfung der Altrentenbestände von Amts wegen nicht erforderlich, sondern nur auf Antrag der Betroffenen. Eine etwaige MdE-Anpassung zu Lasten der Versicherten wird unter dem Gesichtspunkt des Eingriffs in eine gesicherte Rechtsposition sehr kritisch gesehen. Die neuen MdE-Eckwerte hätten auch zukünftig nur die Rechtsqualität von sog. Erfahrungssätzen und könnten zudem nicht durch valide Daten über den Arbeitsmarkt belegt werden.

Von Seiten der Ärzteschaft wurde u.a. angeregt, die Begründungen teilweise weiter zu präzisieren, insbesondere hinsichtlich der beidseitigen Betroffenheit von Gliedmaßenverlusten sowie deren Geltung als Mindestwerte.

Die MdE-Expertengruppe hat diese Anregungen aufgegriffen und in den nunmehr vorliegenden Abschlussbericht eingearbeitet, wobei alle vorgeschlagenen MdE-Eckwerte unverändert geblieben sind. Die Expertengruppe empfiehlt der DGUV, zeitnah zur Veröffentlichung des Abschlussberichts Umsetzungsempfehlungen für die UV-Träger auszusprechen.

Die Mitglieder der MdE-Expertengruppe bedanken sich ganz herzlich bei der DGUV sowie allen am Konsensusprozess Beteiligten für die große Unterstützung ihrer Arbeit, die guten Hinweise und das entgegengebrachte Vertrauen.

# 10. Literatur und Fundstellen

- 1) Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften Rundschreiben VB 022/97 vom 06.03.1997
- 2) Pense U (1995) Die Rechtsnatur von MdE-Tabellen. 1995, S. 59 f: "Erkenntnisquelle" ohne Rechtsatzqualität; Pfitzner T (1998) MdE-Bewertung im Spannungsverhältnis zwischen Ärzten, Verwaltung und Gerichten. NZS 1998, S. 61-67; Wiester W (2001) Über die Aufgabe der Unfallversicherungsträger, die Richtwerte zur Bemessung der MdE überprüfen zu lassen. NZS 2001, S. 630-634
- 3) Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (2017), Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage. Erich Schmidt, Berlin; Mehrhoff F, Ekkernkamp A, Wich M (2012), Unfallbegutachtung 13. Auflage, de Gruyter, Berlin; Schiltenwolf M, Hollo DF (2014) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 6. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2014; Bereiter-Hahn W, Mehrtens G (2017), Gesetzliche Unfallversicherung, Erich Schmidt, Berlin; Ludolph E, Schürmann J, Gaidzik PW (Hrsg) 2017, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 73. Aktualisierung, Ecomed, Landsberg
- 4) Wich M, Scholtysik D. (2017) Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung, Brauchen wir eine Neubewertung? Trauma&Berufskrankh (2017). <https://doi.org/10.1007/s10039-017-0306-2>; Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Vorschläge der MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), MedSach 112 2/2016:60-71; Ricke W. Zur Entstehung der MdE-Grade in der Unfallversicherung nach 1884 aus dem Nichts, MedSach 108 5/2012:181-185; Koss M (2004) Muss eine Funktionsverbesserung durch Heil- und Hilfsmittel sich auf die MdE-/GdB-Beurteilung auswirken? - aus medizinischer Sicht. MedSach 2004, S. 92-93; Becker J (2008) Aktuelle Fragen zur Beurteilung von Implantaten und Prothesen – Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit – aus rechtlicher Sicht. MedSach 2008, S. 142-147; Schürmann J (2014) MdE nach Hilfsmittelversorgung oder Medikation. Trauma und Berufskrankheit 2014, S. 204-210; Ludolph E, Schürmann J (2016) Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). MedSach 2016, S. 60-71
- 5) Schürmann J (2014) MdE nach Hilfsmittelversorgung oder Medikation. Trauma und Berufskrankheit 2014, S. 204-210; Ludolph E, Schürmann J (2016) Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). MedSach 2016, S. 60-71
- 6) Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), MedSach 112 2/2016:60-71; Überarbeitung der MdE-Erfahrungswerte auf unfallchirurgisch-orthopädischen Gebiet (GUV). In: Ludolph E, Schürmann J, Gaidzik PW (Hrsg.), Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Ecomed.
- 7) Jung HP (2013) Sitzung der Kommission SGB VII des Deutschen Sozialgerichtstags e. V. am 15.11.2012 in Potsdam. Trauma Berufskrankheit 2013,15:283–290
- 8) Scholtysik D, Wich M (2018) Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung - Aktuelle Diskussion und Ergebnisse aus der MdE-Expertengruppe. Trauma&Berufskrankh 2018, S. 244-250
- 9) Spellbrink W (2018) Rechtsprobleme bei der Verwendung von MdE-Tabellen. MedSach 2018, S. 228-234
- 10) Nusser A, Spellbrink W (2017) Die Rechtsnatur der MdE-Tabellen in der Gesetzlichen Unfallversicherung. SGB 2017: 550-556; Spellbrink W (2018) Rechtsprobleme bei der Verwendung von MdE-Tabellen. MedSach 2018, S. 228-234
- 11) Nusser A, Spellbrink W, Die Rechtsnatur der MdE-Tabellen im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung, Die Sozialgerichtsbarkeit SGB 10.17, Seite 550 ff.
- 12) Bereiter-Hahn W, Mehrtens G (2017), Gesetzliche Unfallversicherung, § 104 Rz. 23.3 Erich Schmidt, Berlin
- 13) DGUV Statistiken für die Praxis 2017, <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/12743-dt.pdf>
- 14) Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Vorschläge der MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), MedSach 112 2/2016:60-71

- 15) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012), Grundausswertung BiBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung, BAuA, Dortmund, <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Arbeitsbedingungen/BIBB-BAuA-2012.html>
- 16) Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Systematische Literaturrecherche zu Aktivitäten und Teilhabe nach Unterschenkelamputation, <http://www.dguv.de/webcode/m1384661>
- 17) Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Systematische Literaturrecherche zu Aktivitäten und Teilhabe nach Unterschenkelamputation, <http://www.dguv.de/webcode/m1384661>
- 18) Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Stellungnahme vom 26.06.2017, <https://www.dguv.de/webcode/m1384690>
- 19) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Stellungnahme vom 24.03.2017, <https://www.dguv.de/webcode/m1384693>
- 20) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012), Grundausswertung BiBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung, BAuA, Dortmund, <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Arbeitsbedingungen/BIBB-BAuA-2012.html>
- 21) Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Vorschläge der MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), MedSach 112 2/2016:60-71; Schürmann J, Ludolph E, MdE nach Amputationen und Prothesenversorgung, in Ludolph E, Schürmann J, Gaidzik PW (Hrsg) 2017, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 73. Aktualisierung, Kap. III-1.11.2, Ecomed, Landsberg
- 22) Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Kurzbericht 9/2014 zur Verteilung der Beschäftigten auf die Sektoren (Abb. 4), <http://doku.iab.de/kurzber/2014/kb0914.pdf>
- 23) Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2017), Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage. Erich Schmidt, Berlin ; Mehrhoff F, Ekkernkamp A, Wich M (2012), Unfallbegutachtung 13. Auflage, de Gruyter, Berlin Schiltenswolf M, Hollo DF (2014) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 6. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2014; Bereiter-Hahn W, Mehrrens G (2017), Gesetzliche Unfallversicherung, Erich Schmidt, Berlin
- 24) Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Vorschläge der MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), MedSach 112 2/2016:60-71; Schürmann J, Ludolph E, MdE nach Amputationen und Prothesenversorgung, in Ludolph E, Schürmann J, Gaidzik PW (Hrsg) 2017, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 73. Aktualisierung, Kap. III-1.11.2, Ecomed, Landsberg
- 25) Ludolph E, Schürmann J. Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), Vorschläge der MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), MedSach 112 2/2016:60-71
- 26) Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2017), Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage. Erich Schmidt, Berlin, Seite 605 ff und Seite 716 ff; Mehrhoff F, Ekkernkamp A, Wich M (2012), Unfallbegutachtung 13. Auflage, de Gruyter, Berlin, Seite 168 ff.
- 27) Siehe auch Anhänge
- 28) Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2017), Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage. Erich Schmidt, Berlin, Seite 605 ff und Seite 716 ff; Mehrhoff F, Ekkernkamp A, Wich M (2012), Unfallbegutachtung 13. Auflage, de Gruyter, Berlin, Seite 168 ff.
- 29) Siehe auch Anhänge
- 30) MdE-Hearing im UKB am 27.06.2019 – Programm, <https://www.dguv.de/webcode/m1384664>
- 31) <http://www.sozialrecht-heute.de>

# 11. Mitglieder der MdE-Expertengruppe

<p><b>Herr Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf</b>          Leiter/Vorsitzender der Expertengruppe          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und          Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)</p>	<p>Leiter des Fachbereiches Konservative          Orthopädie der Klinik für Orthopädie und          Unfallchirurgie/Universitätsklinikum Heidel-          berg; Leiter der früheren Arbeitsgemeinschaft          „Sozialmedizin und Begutachtungsfragen“          der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie          und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Stellv. Vorsit-          zender der neuen Sektion Gutachten DGOU</p>
<p><b>Herr Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Thomann</b>          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und          Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)</p>	<p>Ärztlicher Leiter des IVM - Institut für          Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main</p>
<p><b>Herr Prof. Dr. med. Michael Wich</b>          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für          Unfallchirurgie e.V. (DGU)</p>	<p>Stellv. Direktor der Klinik für Unfallchirurgie          und Orthopädie am BG Klinikum Unfallkran-          kenhaus Berlin, Chefarzt der Abteilung für          Chirurgie am Achenbach Krankenhaus Kö-          nigs Wusterhausen, Stellv. wissenschaftli-          cher Leiter der Fachgesellschaft für interdiszi-          plinäre, medizinische Beguachtung (FGIMB)</p>
<p><b>Herr Dr. med. Volker Grosser</b>          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für          Unfallchirurgie e.V. (DGU)</p>	<p>Oberarzt und Leiter des Gutachtenbereiches,          BG Klinikum Hamburg</p>
<p><b>Herr Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner</b>          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für Physikalische          Medizin und Rehabilitation e.V. (DGPMR)</p>	<p>Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedi-          zin der Med. Hochschule Hannover (MHH),          Beisitzer in den Vorständen der Deutschen          Gesellschaft für Physikalische Medizin und          Rehabilitation sowie der Arbeitsgemein-          schaft für Physikalische Medizin und          Rehabilitation</p>
<p><b>Herr PD Dr. Dr. med. Michael Spallek</b>          benannt von:          Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin          und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)</p>	<p>Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin          und Umweltmedizin der Goethe Universität          Frankfurt am Main</p>
<p><b>Herr Dr. med. Andreas Bahemann</b>          benannt von:          Bundesagentur für Arbeit (BA)</p>	<p>Leiter Ärztlicher Dienst, Bundesagentur für          Arbeit, Zentrale Nürnberg</p>



<p><b>Herr Martin Kunze</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>	<p>Stellv. Geschäftsführer der UK Nord, Mitglied des Ausschusses Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>
<p><b>Frau Ass. jur. Claudia Drechsel-Schlund</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV</p>	<p>Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg der BGW, Leiterin der DGUV-Arbeitsgruppe Begutachtung</p>
<p><b>Herr Ass. jur. Dirk Scholtysik</b> benannt von: Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV, Projektleitung und Moderation</p>	<p>Referatsleiter im Geschäftsbereich Versicherungen und Leistungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Referat Unfallbegutachtung, Soziale Teilhabe, Pflege, Psychische Störungen</p>
<p><b>Korrespondierende Autoren</b></p>	
<p><b>Prof. Dr. Marcus Schiltewolf</b> Konservative Orthopädie, Gutachtenambulanz der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg Schlierbacher Landstr. 200 a, 69118 Heidelberg <a href="mailto:marcus.schiltewolf@urz.uni-heidelberg.de">marcus.schiltewolf@urz.uni-heidelberg.de</a></p>	
<p><b>Ass. jur. Dirk Scholtysik</b> Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand Glinkastraße 40, 10117 Berlin <a href="mailto:dirk.scholtysik@dguv.de">dirk.scholtysik@dguv.de</a></p>	

# 12. Anhänge

**1. MdE-Eckwerte für obere Gliedmaßen (MdE-Tabelle)**

**2. MdE-Eckwerte für untere Gliedmaßen (MdE-Tabelle)**

**3. Verluste an oberen Gliedmaßen (graphische Darstellung)**

**4. Verluste an unteren Gliedmaßen (graphische Darstellung)**

## MdE-Expertengruppe MdE-Neueinschätzung bei Verlusten an oberen Gliedmaßen

			MdE-Werte in Prozent	
			MdE bisher	MdE neu

### Verluste an oberen Gliedmaßen

1	Verlust eines Armes	im Unterarm mit langem Unterarmstumpf bzw. im Handgelenk	65	<b>60</b>
2		im Unterarm mit kurzem Unterarmstumpf	65/70	<b>70</b>
3		im Oberarm oder Ellenbogengelenk	70	<b>70</b>
4		im Schultergelenk bzw. Oberarm mit kurzem Stumpf	80	<b>80</b>
5	Verlust <b>beider</b> Arme		100	<b>100</b>
6	Verlust <b>einer</b> Hand		60	<b>60</b>
7	Verlust <b>beider</b> Hände		100	<b>100</b>

### Fingerverluste an einer Hand

8	Verlust des Daumens	im Grundgelenk	20	<b>30</b>
9	Verlust des Daumens und eines Langfingers	jeweils im Grundgelenk	30	<b>30</b>
10	Verlust des Daumens sowie des Ring- und Kleinfingers	jeweils im Grundgelenk	40	<b>30</b>
11	Verlust des Daumens sowie des Zeige- und Mittelfingers	jeweils im Grundgelenk	45	<b>40</b>
12	Verlust des Daumens sowie drei weiterer Langfinger	jeweils im Grundgelenk	50	<b>40</b>
13	Verlust von 1 Langfinger	im Grundgelenk	10	<b>10</b>
14	Verlust von 2 Langfingern (ZF+MF)	jeweils im Grundgelenk	20/25	<b>20</b>

			<b>MdE-Werte in Prozent</b>	
			<b>MdE bisher</b>	<b>MdE neu</b>
15	Verlust von 3 Langfingern (ZF+MF+RF)	jeweils im Grundgelenk	35/40	<b>30</b>
16	Verlust von 4 Langfingern (ZF+MF+RF+KF)	jeweils im Grundgelenk	45	<b>40</b>
17	Verlust aller 5 Finger einer Hand	jeweils im Grundgelenk	50	<b>50</b>

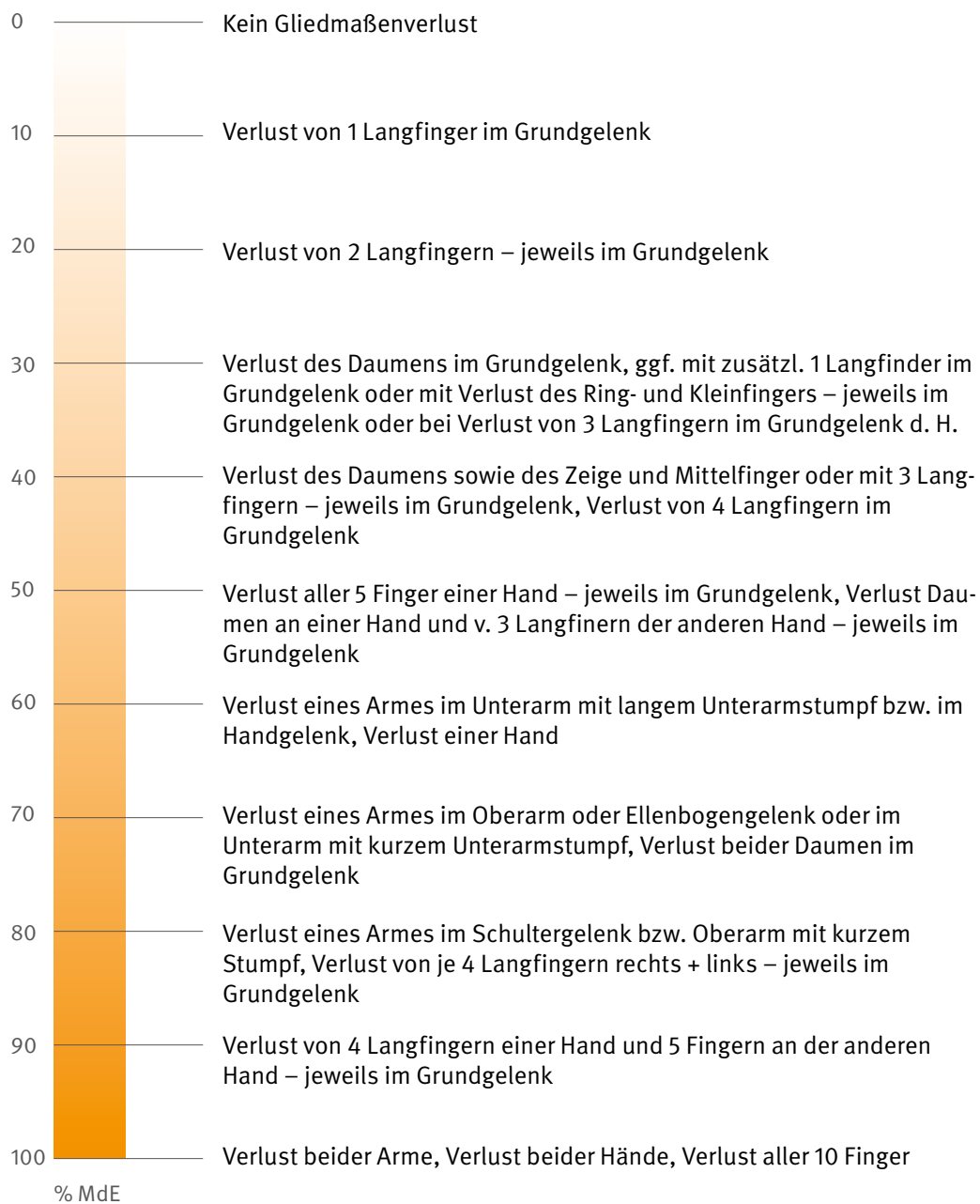
#### **Fingerverluste an beiden Händen**

18	Verlust des Daumens an einer Hand und eines Langfingers an der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk	30/25	<b>30</b>
19	Verlust des Daumens an einer Hand und von zwei Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk	40	<b>40</b>
20	Verlust des Daumens an einer Hand und von drei Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>50</b>
21	Verlust des Daumens an einer Hand und von allen Langfingern der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>70</b>
22	Verlust beider Daumen (mit und ohne zusätzlichem beidseitigen einzelnen Langfingerverlust)	jeweils im Grundgelenk		<b>60</b>
23	Verlust von je 4 Langfingern beider Hände	jeweils im Grundgelenk		<b>80</b>
24	Verlust von 4 Langfingern einer Hand und 5 Fingern an der anderen Hand	jeweils im Grundgelenk		<b>90</b>
25	Verlust aller 10 Finger	jeweils im Grundgelenk	80	<b>100</b>

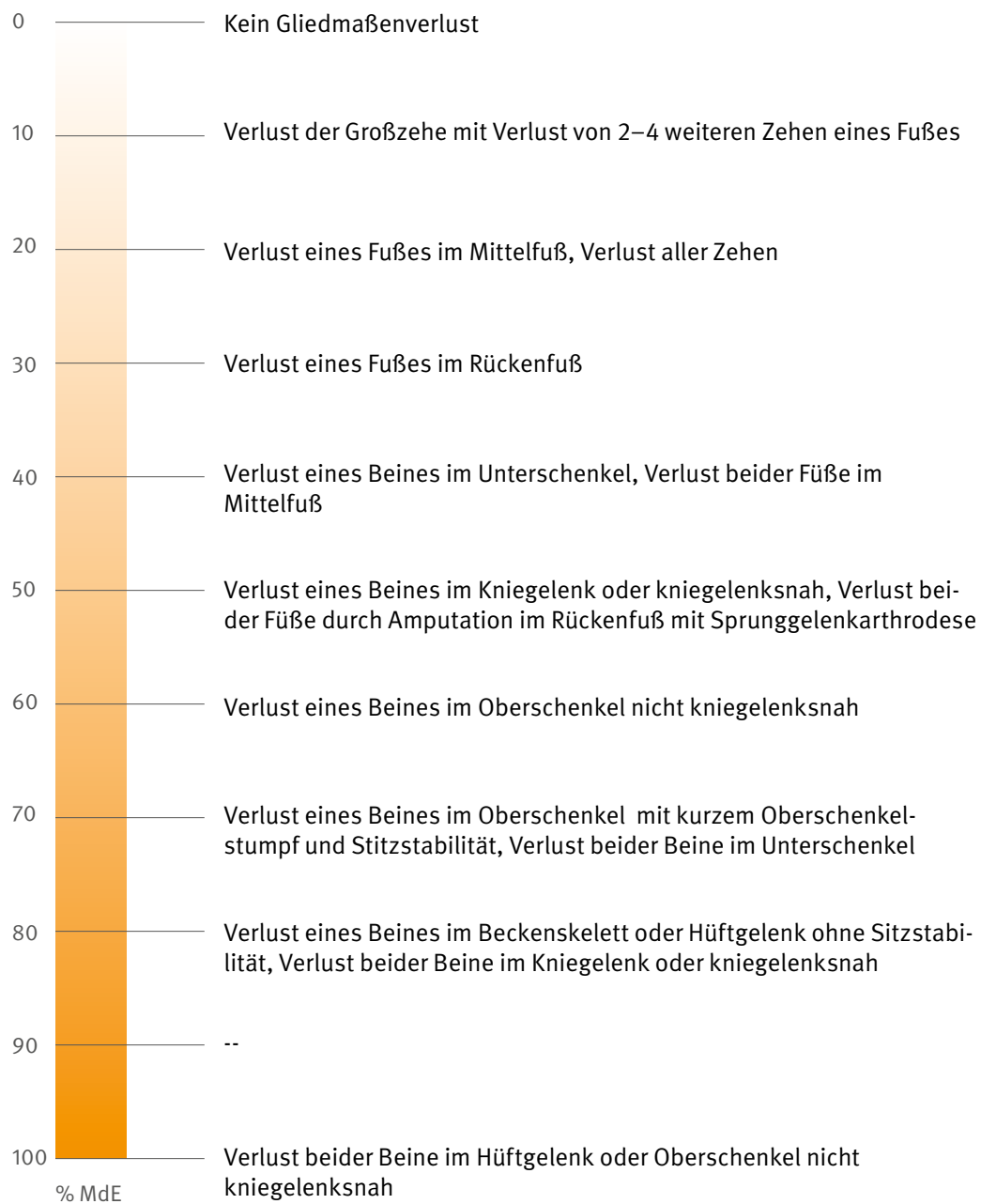
**MdE-Expertengruppe**  
**MdE-Neueinschätzung bei Verlusten an unteren Gliedmaßen**

			<b>MdE-Werte in Prozent</b>	
			<b>MdE bisher</b>	<b>MdE neu</b>
<b>Verluste an unteren Gliedmaßen</b>				
26	Verlust eines Beines	im Unterschenkel	40	<b>40</b>
27		im Kniegelenk oder kniegelenksnah	50	<b>50</b>
28		im Oberschenkel nicht kniegelenksnah	60	<b>60</b>
29		im Oberschenkel mit kurzem Oberschenkelstumpf und Sitzstabilität	70	<b>70</b>
30		im Beckenskelett oder Hüftgelenk ohne Sitzstabilität	80	<b>80</b>
31	Verlust beider Beine	im Unterschenkel	70/80	<b>70</b>
32		im Kniegelenk oder kniegelenksnah	70/80	<b>80</b>
33		im Hüftgelenk oder Oberschenkel nicht kniegelenksnah	100	<b>100</b>
34	Verlust eines Fußes	im Mittelfuß	20/25	<b>20</b>
35		im Rückfuß	30/35	<b>30</b>
36	Verlust beider Füße	im Mittelfuß	40	<b>40</b>
37		im Rückfuß mit Sprunggelenksarthrodese	60	<b>60</b>
38	Verlust der Großzehe, (ggf. mit Verlust von 1 weiteren Zehe)		<10/10	<b>&lt;10</b>
39	Verlust der Großzehe mit Verlust von 2 - 4 weiteren Zehen		10/15/20 Ein- schät- zungs- empf. unein- heitlich	<b>10</b>
40	Verlust aller 10 Zehen		20	<b>20</b>

## Verluste an oberen Gliedmaßen



## Verluste an unteren Gliedmaßen



**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
Fax: 030 13001-9876  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

