



DGUV

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Konsenspapier der MdE-Kommission

MdE-Erfahrungswerte nach
muskuloskelettalen Verletzungen
(„MdE-Eckwerte“)

Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Ausgabe: Dezember 2025

Satz und Layout: Satzweiss.com Print Web Software GmbH, Saarbrücken

Bildnachweis: Abbildungen © KonzeptQuartier – DGUV

Copyright: Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit
ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Bezug: www.dguv.de/publikationen › Webcode: p022847

Konsenspapier der MdE-Kommission

MdE-Erfahrungswerte nach muskuloskelettalen
Verletzungen („MdE-Eckwerte“)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Entstehung, Auftrag und Zusammensetzung der MdE-Kommission	7
3	Methodik des Vorgehens der MdE-Kommission	9
4	MdE-Einschätzung	13
4.1	Versteifungen	14
4.2	Endoprothetische Versorgung	20
4.3	Wirbelsäule	24
4.4	Querschnittslähmungen	28
5	Tabellenverzeichnis	30
6	Literaturverzeichnis	31

1 Einleitung

In der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) besteht ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen in Form einer Rente wegen verbliebener Unfallfolgen, sofern entsprechende Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 von Hundert (v. H.) über die 26. Woche hinaus begründen.¹

Gemäß § 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Bemessung der MdE hängt danach zum einen von den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und zum anderen von dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ab. Das Bundessozialgericht betont in mehreren Entscheidungen, dass nicht der Gesundheitsschaden an sich entscheidend ist, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter Berücksichtigung medizinischer, juristischer, sozialer und wirtschaftlicher Gesichtspunkte.²

Ziel ist es, eine breite Akzeptanz für die Einschätzung der MdE zu erreichen und eine Gleichbehandlung von Versicherten mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen sicherzustellen.

Wie bereits im ersten Konsenspapier vorangestellt, enthalten die unfallmedizinischen Standardwerke MdE-Tabellen für wichtige Verletzungen, die von den medizinischen Sachverständigen, den UV-Trägern und von der Rechtsprechung für die MdE-Einschätzung herangezogen werden. Zumeist ist aber nicht nachvollziehbar, inwieweit die dort abgebildeten MdE-Werte auf einem fachübergreifenden Konsens beruhen, ob und welcher medizinisch-technische Entwicklungsstand (z. B. bei der prothetischen Hilfsmittelversorgung) Berücksichtigung findet und inwieweit den Veränderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Rechnung getragen wird. Die Kritik richtet sich vor allem darauf, dass es an Transparenz fehle, wie MdE-Tabellen entstehen und wer sie autorisiere. Zudem wird reklamiert, dass die Aktualität des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes bei MdE-Werten nicht nachvollziehbar sei und die MdE-Werte unzureichend begründet seien.³ Es gebe darüber hinaus widersprüchliche und uneinheitliche Beurteilungen, sowie Spreizungen und Spannbreiten einzelner MdE-Werte.

Auf Initiative der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, wurde im Jahr 2015 eine MdE-Expertengruppe gegründet, die sich mit der Überarbeitung der MdE-Werte für Gliedmaßenverluste befasst hat.⁴ Der Auftrag bestand darin, die bisherigen Erfahrungswerte zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Das daraus resultierende und von der DGUV im Oktober 2019 veröffentlichte Konsenspapier markiert einen wichtigen Meilenstein in der Überarbeitung der MdE-Werte.

1 vgl. § 56 Abs. 1, S. 1, SGB VII.

2 vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 – B 2 U 11/15 R.

3 vgl. DGUV (Hrsg.), Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“), online im Internet: www.publikationen.dguv.de, S. 8, [25.06.2025].

4 ebenda, S. 10.

Die Ergebnisse der Überarbeitung, die seit dem 01.11.2019 offiziell Anwendung finden, werden als allgemein anerkannt betrachtet.⁵ Das Konsenspapier bietet eine präzisere Grundlage für die Einschätzung der MdE bei Gliedmaßenverlusten und unterstützt so die Arbeit von Sachverständigen, Versicherungen und Gerichten in der Praxis. Es steht außerdem für eine moderne, wissenschaftlich fundierte und konsensbasierte Herangehensweise im Bereich der UV. Damit existieren für den Bereich der Gliedmaßenverluste erstmals konsenterte, transparente und nachvollziehbare MdE-Eckwerte.⁶

Im Jahr 2023 hat die DGUV eine weitere MdE-Kommission einberufen, um die Überprüfung von MdE-Erfahrungswerten für weitere Verletzungsfolgen fortzuführen. Zur Sicherstellung verlässlicher, nachvollziehbarer und konsistenter Bewertungen hat die MdE-Kommission die Ergebnisse der vorangegangenen MdE-Expertengruppe als Arbeitsgrundlage herangezogen.

⁵ vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Dezember 2023 – L 3 U 865/22.

⁶ ebenda.

2 Entstehung, Auftrag und Zusammensetzung der MdE-Kommission

Der Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerinnen- und Geschäftsführerkonferenz hat in seiner Sitzung Mitte Oktober 2020 die Fortsetzung des MdE-Projektes beschlossen, um die MdE-Werte für die wesentlichen, in der UV relevanten Verletzungsmuster im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich zu überprüfen und damit für den Bereich der Muskel-Skelett-Verletzungen weitere MdE-Eckwerte aufzustellen.

Da verlässliche und nachvollziehbare MdE-Eckwerte nur bei klar definierbaren Unfallfolgen allgemeingültig eingeschätzt werden können, sollte die Überprüfung für folgende Fallkonstellationen

- Gelenkversteifungen,
- Endo-Prothesen,
- Wirbelsäulenverletzungen und
- Querschnittlähmungen

durchgeführt werden. Diese Unfallfolgen haben einen großen Anteil an den von UV-Trägern gewährten Renten.

Die neu gegründete Kommission setzte sich aus unabhängigen, neutralen und ehrenamtlich agierenden Expertinnen und Experten zusammen. Dafür wurden im Vorfeld wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften gebeten, entsprechende Expertinnen und Experten zu benennen. Die UV-Träger waren ebenfalls durch eine Vertreterin und einen Vertreter beteiligt. Herr Prof. Dr. med. Joachim Windolf wurde als Vorsitzender der MdE-Expertengruppe bestimmt. Seitens der DGUV hat Herr Klaus Büscher die Projektleitung übernommen. Die konstituierende Sitzung fand am 3. April 2023 bei der DGUV in Berlin statt.

In der Kommission waren neben Fachleuten aus den Bereichen Orthopädie und Unfallchirurgie auch Expertinnen und Experten aus den Bereichen Rehabilitationsmedizin, Arbeitsmedizin, Juristinnen und Juristen sowie externe Berater vertreten. Darüber hinaus konnte die Kommission auf die umfassende Praxiserfahrung einzelner Mitglieder als sachverständige Personen zurückgreifen. Die interdisziplinäre Zusammensetzung ermöglichte eine differenzierte Einschätzung der komplexen Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichem Restleistungsvermögen, sozialmedizinischen Rahmenbedingungen und den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Tabelle 1 Mitglieder der MdE-Kommission

Name	Organisation	Tätigkeit
Prof. Dr. med. Joachim Windolf	DGOU	Ärztlicher Direktor der Uniklinik RWTH Aachen, vormals Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf; Vorstandsmitglied der DGOU
Prof. Dr. med. Anke Steinmetz	Universitäts- medizin Greifswald	Leiterin der „Zentrale Physikalische Medizin, Rehabilitation und Sporttherapie“ an der Universitätsmedizin Greifswald
Ass. jur. Claudia Drechsel-Schlund	BGW	Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der BGW
Dr. med. Ute Herold	FGIMB	Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie
Prof. Dr. med. Marcus Schiltenswolf	DGOU	Leiter des Fachbereichs Konservative Orthopädie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Universitätsklinikum Heidelberg; Stellvertretender Vorsitzender der Sektion Gutachten der DGOU; Vorsitzender der ersten MdE-Expertengruppe
Dr. med. Volker Grosser	FGIMB	Oberarzt und Leiter des Gutachtenbereichs der BG Klinik Hamburg
Dietmar G. Mirwa		Facharzt für Arbeitsmedizin; freiberuflicher Betriebsarzt u. a. bei der Berliner Stadtreinigung
Prof. Dr. med. Paul Alfred Grützner	DGOU	Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen
Martin Kunze	UK Nord	Ehemaliger stellvertretender Geschäftsführer der UK Nord und ehemaliges Mitglied des GfK-Ausschusses Rehabilitation der DGUV
Ass. jur. Klaus Büscher	DGUV	Leiter der Abteilung Gesundheitswesen/Rehabilitation der DGUV
Roman Hartkamp	DGUV	Referent für Gesundheitswesen im Referat Heilbehandlung und Teilhabe
PD Dr. med. Andreas Badke	DMGP (ext. Berater)	Chefarzt Querschnittgelähmte, Technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie BG Klinik Tübingen
Prof. Dr. med. Matthias Zumkeller	DGNB (ext. Berater)	Facharzt für Neurochirurgie, Neurochirurgische Begutachtung

3 Methodik des Vorgehens der MdE-Kommission

Zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Vorgehens hat sich die MdE-Kommission im Wesentlichen an der Arbeitsweise und den Ergebnissen der MdE-Expertengruppe orientiert. Aus diesem Grund bezieht sich das vorliegende Konsenspapier ausdrücklich auf die Ausführungen der MdE-Expertengruppe, insbesondere auch zu den rechtlichen Grundlagen.⁷

Rentenfeststellung

Die hier vorgeschlagenen MdE-Eckwerte gelten für die Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit gemäß § 62 Abs. 2 SGB VII.⁸

Arbeitsmarkt und interdisziplinäre Bewertung

Für die Berücksichtigung des sogenannten allgemeinen Arbeitsmarktes in Bezug auf zu überprüfende MdE-Werte orientierte sich die MdE-Kommission ebenfalls an den Erkenntnissen aus dem vorherigen Projekt der MdE-Expertengruppe zur Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten. Die damalige Untersuchung hatte ergeben, dass keine hinreichend fundierten und belastbaren Daten zur Verschlussenheit des allgemeinen Arbeitsmarktes bei spezifischem gesundheitlichen Restleistungsvermögen vorliegen. Der Ansatz, die MdE-Werte in erster Linie mittels empirischer Daten mit belastbarem Bezug zum Arbeitsmarkt oder zum prozentualen Anteil der verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten zu bestimmen, konnte daher auf Grund der unzureichenden Daten nicht umgesetzt werden. Dennoch wurden in der MdE-Expertengruppe wertvolle Hinweise zur Entwicklung des Arbeitsmarktes und zu dessen Anforderungen über die letzten Jahrzehnte herausgearbeitet, die für die hier vorliegende Bewertung von Bedeutung sind.

Auch die MdE-Kommission greift auf das im ersten Konsenspapier hervorgehobene Fachwissen zurück. Auf diese Weise konnte trotz fehlender belastbarer empirischer Daten eine sachgerechte und nachvollziehbare Einschätzung der MdE gewährleistet werden.

Literaturrecherche

Es wurde auf einschlägige unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtungs-Fachliteratur zurückgegriffen. Diese enthält unter anderem entwickelte MdE-Tabellen, die im Rahmen der Überprüfung berücksichtigt, verglichen und in Relation gesetzt worden sind. Dadurch konnte eine Einbeziehung der herrschenden Meinung zu den Auswirkungen der betrachteten Verletzungsfolgen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie das Ausmaß der Teilhabe betroffener Personen ermöglicht werden.

⁷ vgl. DGUV (Hrsg.), Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“), online im Internet: www.publikationen.dguv.de, [25.06.2025].

⁸ ebenda, S. 28.

Einschätzung der MdE

Auf Grundlage von §56 Abs. 2 S. 1 SGB VII steht die Einschätzung der MdE in Abhängigkeit der beiden Faktoren

- der verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und
- dem Umfang der durch die Beeinträchtigungen vorliegenden verminderten bzw. verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten

im Kontext des gesamten Erwerbslebens. Für die Einschätzung steht der konkret vorliegende Funktionsverlust unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten vier Komponenten (medizinisch, juristisch, sozial und wirtschaftlich) im Vordergrund. Bei der ärztlichen Einschätzung zum Ausmaß der Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit – bezogen auf die durch Unfallfolgen beeinträchtigten Fähigkeiten – handelt es sich damit um eine wichtige, wenngleich nicht ausschließliche und verbindliche Grundlage für die Entscheidung. Die Einschätzungen haben medizinische und sonstige Erfahrungssätze zu berücksichtigen, die sich über Jahre hinweg aus der Rechtsprechung sowie aus versicherungsrechtlichem und -medizinischem Schrifttum abzeichneten. Diese Erfahrungssätze dienen dazu, die Auswirkungen spezifischer Beeinträchtigungen auf die verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten der betroffenen Personen im Kontext des gesamten Erwerbslebens systematisch zu bewerten. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass diese Erfahrungssätze zwar keine bindende Wirkung entfalten, jedoch eine zentrale Grundlage für eine einheitliche und gerechte Einschätzung der MdE in der täglichen Praxis darstellen. Sie ermöglichen eine transparente Einordnung der individuellen Funktionsverluste in einen allgemeinen Bewertungsrahmen, der sich durch ständige Weiterentwicklung an den aktuellen Stand von Rechtsprechung, Wissenschaft und Praxis anpasst. Erst die Gesamtschau der individuellen Umstände im Einzelfall erlaubt eine sachgerechte Einschätzung der MdE. Diese interdisziplinäre Herangehensweise gewährleistet, dass der Umfang der Beeinträchtigungen sowohl aus medizinischer als auch aus sozialrechtlicher Perspektive umfassend berücksichtigt wird.⁹

Einzelfallbezogene Betrachtung

Eine individuelle Betrachtung ist für die Einschätzung der MdE grundsätzlich immer erforderlich. Im Einzelfall kann eine höhere Einschätzung der MdE vorliegen. Die nachfolgend aufgeführten MdE-Eckwerte stellen somit Mindestwerte dar und bilden lediglich den Basiswert bei optimaler Versorgung und Funktion. Für die jeweils vorzunehmende einzelfallbezogene Bewertung ist zu beachten, dass individuell bestehende Funktionseinschränkungen nicht ausschließlich auf versicherte Gesundheitsschäden zurückzuführen sind. Die nachfolgend abgebildeten Tabellen wurden auf Grundlage eines altersbedingt gesunden Menschen entwickelt. Bei vorliegenden relevanten Vorschäden bzw. Abweichungen muss die Situation stets individuell bewertet werden. Relevante Vorschäden können sowohl MdE erhöhende als auch MdE reduzierende Wirkungen erzielen:

- Eine MdE-erhöhende Wirkung kann vorliegen, wenn der Vorschaden zwar zuvor noch kompensiert werden konnte, durch das Hinzutreten der Unfallfolgen jedoch eine Dekompensation eintritt.
Beispiel: Eine Person mit einem funktionsfähigen Auge erleidet einen unfallbedingten Verlust dieses Auges. Aufgrund der bereits bestehenden Einäugigkeit kann die MdE höher ausfallen als bei einer Person, die vor dem Unfall beidäugig war.

⁹ vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004 – B 2 U 14/03 R.

- Eine MdE-reduzierende Wirkung kann vorliegen, wenn bereits vor dem Unfall erhebliche Funktionseinschränkungen bestanden, sodass sich die Unfallfolgen weniger stark auswirken als bei einem zuvor gesunden Menschen.

Beispiel: Eine Person mit einer bereits vorbestehenden Unterschenkelamputation erleidet einen unfallbedingten Oberschenkelverlust auf derselben Seite. Da wesentliche Teile der Erwerbsmöglichkeiten bereits vor dem Unfall eingeschränkt waren, kann die MdE geringer ausfallen als bei einer zuvor gesunden Person.

Vorschäden sind daher stets differenziert zu würdigen, indem geprüft wird, welche Auswirkungen im Vordergrund stehen. Entscheidend ist, ob sie zu einer verstärkten Beeinträchtigung durch den Unfall führen oder ob die unfallbedingte zusätzliche Einschränkung im Vergleich zu einer gesunden Person geringer bewertet wird.

Bildung der MdE-Eckwerte

Gemäß § 73 Abs. 3 SGB VII ist eine Änderung der MdE „[...] wesentlich, wenn sie mehr als 5 vom Hundert beträgt [...]“. In Anlehnung an die MdE-Expertengruppe, hat die MdE-Kommission für die Überprüfung einen Bewertungsrahmen mit MdE-Werten in Zehnerschritten von 10 v. H. bis 100 v. H. herangezogen. Dabei wurden wesentliche klinische Funktionsunterschiede berücksichtigt, weshalb auf die Aufnahme von 5er Werten verzichtet wurde. Eine MdE-Einschätzung im Bereich von 5 v. H. verbleibt im Bewertungsbereich der sachverständigen Person bzw. wird im Einzelfall im Rahmen der Entscheidung durch den zuständigen UV-Träger (oder die Sozialgerichte) entschieden.¹⁰



Die MdE-Eckwerte sind als Mindestwerte zu verstehen, von denen in begründeten Einzelfällen nach oben abgewichen werden kann. Durch die Einteilung in 10er-Werten wird außerdem die Bedeutung der Wesentlichkeit zum Ausdruck gebracht.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Durch die MdE-Expertengruppe wurde herausgearbeitet, dass eine allein auf die ICF-basierte Klassifikation des Schweregrades der Teilhabebeeinträchtigung nicht erfolgen kann.¹¹ Die Komponenten – medizinisch, juristisch, sozial und wirtschaftlich – sind in die Beurteilung einzubeziehen. Diese ganzheitliche Perspektive stellt sicher, dass die Auswirkungen der Beeinträchtigungen nicht nur auf das individuelle Funktionsvermögen der betroffenen Person, sondern unter anderem auch auf die ihr noch auf Dauer verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten im Kontext des allgemeinen Arbeitsmarktes berücksichtigt werden. Die Anlehnung an die ICF stellt in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument zur systematischen und transparenten Erfassung vorliegender Funktionseinschränkungen dar. Durch die Berücksichtigung wird eine bestenfalls gerechte Einordnung der individuell vorliegenden Beeinträchtigungen ermöglicht, indem die ICF in ein umfassendes Bewertungsmodell eingebettet wird, das den komplexen Anforderungen der MdE-Bemessung gerecht wird.

¹⁰ vgl. DGUV (Hrsg.), Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“), online im Internet: www.publikationen.dguv.de, S. 27, [25.06.2025].

¹¹ ebenda, S. 20.

Im Rahmen der vorgenommenen Überprüfung der MdE-Werte erfolgte für die Berücksichtigung des allgemeinen Arbeitsmarktes ergänzend und erstmals in Tabellen für den Rechtsbereich des SGB VII ein Abgleich mit den Gesundheits- bzw. Funktionsstörungen in Anlehnung an die ICF.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit wurden den ermittelten MdE-Werten konkrete Beispiele aus dem Erwerbsleben in tabellarischer Form zugrunde gelegt. Diese sind an die Kriterien der ICF angelehnt.¹²

Die Berücksichtigung der ICF zielt nicht darauf ab, dass die sachverständige Person die ICF im Einzelfall detailliert operationalisiert. Vielmehr geht es darum, die Prinzipien und Struktur der ICF-Grundsätze auf einer abstrakten Ebene in eine tabellarische Darstellung für einen Bewertungsrahmen zu integrieren. Durch diese Orientierung an der ICF werden die konkret bestehenden Funktionseinschränkungen unmittelbar in Bezug zum allgemeinen Arbeitsmarkt gesetzt. Die Beschreibungen stellen damit die Auswirkungen in Bezug auf die Tätigkeiten dar. Nicht allein daraus lässt sich ein konkreter MdE-Wert ermitteln. Es wurden MdE-Werte ermittelt, aus denen sich entsprechende Konsequenzen für die Alltagsaktivitäten (hier unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitslebens) ableiten lassen. Einzelfallbezogen können sich dadurch bei vorliegenden Diskrepanzen Hinweise zur Einschätzung der MdE ergeben.

Die Hinweise nach ICF stellen Beschreibungen der durchschnittlich zu erwartenden Einschränkung von Tätigkeiten im Arbeitsleben dar, aus der sich eine Überprüfung der MdE ableiten lässt. Es ist zu beachten, dass Einschränkungen von Körperfunktionen nicht allein durch die versicherten Gesundheitsschäden begründet sein müssen.

Für die zu überprüfenden Unfallfolgen wurden zunächst funktionsbezogen einzelne Normwerte definiert und beschrieben (zum Beispiel „gebrauchsgünstige Stellung“ bei Gelenkversteifungen, regelrecht sitzende Prothetik „bei guter Funktion“ für die endoprothetische Versorgung). Die festgelegten Normwerte stellen die Ausgangsposition für die MdE-Einschätzungen unter entsprechender Berücksichtigung darüberhinausgehender Funktionseinschränkungen dar.

Bei den sich an das biopsychosoziale Modell der ICF anlehnenden medizinischen Kriterien handelt es sich um die Grundlage für eine Einschätzung der zu überprüfenden MdE-Eckwerte. Die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen wurden anschließend den Anforderungen gegenübergestellt, die nach dem Erfahrungswissen der MdE-Kommission typischerweise im gesamten Erwerbsleben an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gestellt werden.¹³

Da es sich bei Querschnittlähmungen um einen stark interdisziplinär geprägten Bereich handelt, wurde für die Überprüfung der MdE-Werte auf zusätzliche Expertise zurückgegriffen.

Es ist hervorzuheben, dass die Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen in MdE-Erfahrungswerten darauf abzielt, breite Akzeptanz zu finden und eine Gleichbehandlung von versicherten Personen mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen zu gewährleisten. Aus diesem Grund erfolgte am 18. November 2024 im Rahmen einer Informationsveranstaltung bei der DGUV in Berlin die Vorstellung der Ergebnisse. Dabei wurden die konsentierten Ergebnisse vorgestellt und mit Fachpublikum, Sozialpartnern und Betroffenen erörtert. Dadurch konnte eine frühzeitige Einbindung und Beteiligung einer breiten Interessenvertretung sichergestellt werden.

¹² vgl. REHADAT (Hrsg.), online im Internet: <https://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation/d4> [25.06.2025].

¹³ vgl. DGUV (Hrsg.), Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“), online im Internet: www.publikationen.dguv.de, S. 26, [25.06.2025].

4 MdE-Einschätzung

Im Rahmen der Einschätzung der MdE in der Praxis ist grundsätzlich zu beachten, dass bei Abweichungen zu den hier vorgelegten MdE-Werten eine Beeinträchtigung im Sinne einer wesentlichen Veränderung zur durchschnittlichen Funktionseinschränkung vorliegen muss. Solche Abweichungen sollten unter Berücksichtigung der ICF fundiert nachvollzogen werden können, um dadurch eine individuelle MdE-Einschätzung transparent und objektiv sicherzustellen.

Die im Nachfolgenden abgebildeten Tabellen beinhalten die überprüften Funktionsstörungen nach

- Gelenkversteifungen,
- Endoprothetischer Versorgung,
- Wirbelbrüchen und
- Querschnittslähmungen

unter Berücksichtigung des oben beschriebenen Vorgehens (z. B.: „in günstiger Stellung“, „bei guter Funktion“). Darin sind die von der MdE-Kommission empfohlenen MdE-Eckwerte in „v. H.“ aufgeführt.

Als ergänzende Beschreibungen sind in den Tabellen konkrete **mögliche** sowie **nicht mögliche** Beispiele von **Aktivitäten** für sich am Arbeitsleben orientierenden Tätigkeiten in Anlehnung an die ICF aufgeführt.

4.1 Versteifungen

Bei Gelenkversteifungen ist zu beachten, dass in bestimmten Gradbereichen die Einschränkungen unter Berücksichtigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt insoweit gleich sind, dass diese eine höhere MdE nicht rechtfertigen. Aus diesem Grund war die Angabe von Schwankungsbreiten bei den festgelegten Normwerten erforderlich (vgl. Unterarmdrehung: Neutral –40°).

Das Erfordernis der im Vorfeld beschriebenen wesentlichen Veränderung wird außerdem durch die in den nachfolgenden Tabellen abgebildeten Funktionsspannbreiten zum Ausdruck gebracht. Konkret erfordert eine Höherbewertung (oder Herabsetzung) um 10 v. H. eine wesentlich schlechtere (oder bessere) Funktion gegenüber der in den Tabellen aufgeführten Bewegungsausmaße. Eine Abweichung von 5° kann somit an sich alleinstehend noch keine wesentliche Änderung begründen. Für die Begründung einer Wesentlichkeit der funktionalen Beeinträchtigungen sind die Beschreibungen der Aktivitäten in Anlehnung an die ICF heranzuziehen.

In den folgenden Tabellen werden die Gelenkversteifungen abgebildet.

Auf die Angabe von MdE-Werten bei folgenden Gelenkversteifungen wurde verzichtet:

- Versteifung des Daumensattelgelenks, da seltene Fallkonstellation
- Versteifung des Großzehengrundgelenks, da MdE von < 10 v. H.

Tabelle 2 Versteifung Schulter

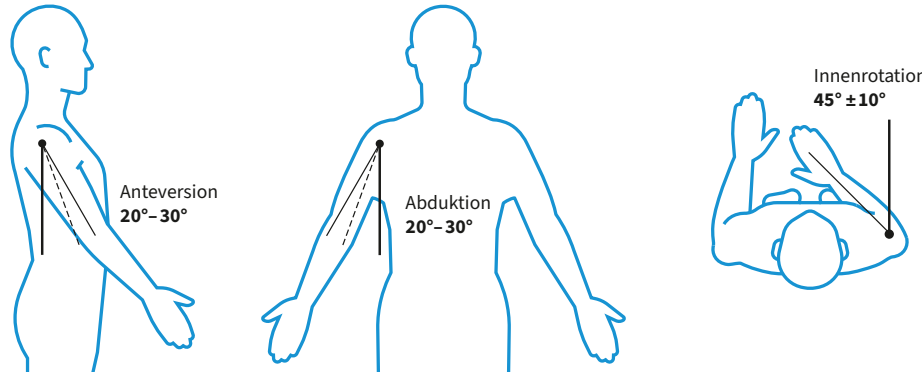
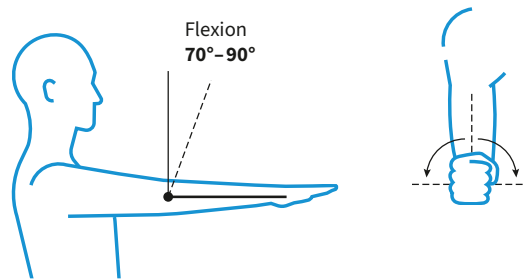
Schultergelenk (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Abduktion 20°–30° Anteversion 20°–30° Innenrotation 45° ± 10°			
Versteifung in günstiger Stellung bei freiem Schultergürtel			30
<ul style="list-style-type: none"> Schulter in leichter Vorhalte und Abspreizung bei einer Innendrehung Unwesentliche Körperbreiten-Vermehrung im Schultergürtel Abspreizung ein Vorheben um bis zu 60° unter erhöhter Kraftanstrengung ist möglich 	Manuelle Tätigkeiten vor dem Rumpf bis knapp unter der seitengleichen Schulterhöhe; Beidhändige Tätigkeiten vor dem Rumpf bis knapp unter der seitengleichen Schulterhöhe; Mit der seitengleichen Hand zum Mund für Essen, Trinken; Körperhygiene, Achselpflege. Ankleiden von Oberkörper-Wäsche	Beidhändiges Arbeiten an laufenden Maschinen; Mit der seitengleichen Hand Tätigkeiten auf Schulterniveau und darüber: z.B. beidhändiges Ankleiden von Arbeitskleidung, Schutzbrillen; Tätigkeiten hinter dem Rumpf; Tätigkeiten seitengleich neben dem Rumpf mit Ziehen und Schieben; Beidarmiges sowie seitengleiches schweres Heben und Tragen; Beidarmiges leichtes bis mittelschweres Heben und Tragen über Tischhöhe	
Versteifung in günstiger Stellung bei eingeschränktem Schultergürtel (z. B. nach mangelnder Beübung)			40
<ul style="list-style-type: none"> Schulter in leichter Vorhalte und Abspreizung bei einer Innendrehung Unwesentliche Körperbreiten-Vermehrung im Schultergürtel Abspreizung, ein Vorheben um bis zu 60° unter erhöhter Kraftanstrengung ist möglich Gleitbeweglichkeit zwischen Schulterblatt und Brustkorb ist aufgehoben, keine Abspreizung, kein Vorheben möglich 	Manuelle Tätigkeiten vor dem Rumpf bis knapp unter der seitengleichen Schulterhöhe; Beidhändige Tätigkeiten vor dem Rumpf bis knapp unter der seitengleichen Schulterhöhe; Mit der seitengleichen Hand zum Mund für Essen, Trinken. Körperhygiene, Achselpflege. Ankleiden von Oberkörper-Wäsche	Beidhändiges Arbeiten an laufenden Maschinen; Mit der seitengleichen Hand Tätigkeiten auf Schulterniveau und darüber: z. B. beidhändiges Ankleiden von Arbeitskleidung, Schutzbrillen; Tätigkeiten hinter dem Rumpf; Tätigkeiten seitengleich neben dem Rumpf mit Ziehen und Schieben; Beidarmiges sowie seitengleiches schweres Heben und Tragen; Beidarmiges leichtes bis mittelschweres Heben und Tragen über Tischhöhe; Zusätzlich: Mit der seitengleichen Hand Tätigkeiten über Tischhöhe; Achselpflege der Gegenseite; Ankleiden von Oberkörper-Wäsche mit der seitengleichen Hand; Beidhändiges Führen eines Lenkrams	

Tabelle 3 Versteifung Ellenbogen

Ellenbogengelenk (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
---	-------------------	-------------------------	-----------------

in günstiger Stellung

Flexion 70°–90°



Versteifung in günstiger Stellung bei freier Unterarmdrehung			30
<ul style="list-style-type: none"> Versteifung in knapper Rechtwinkelstellung bei freier Unterarmdrehung 	Manuelle Tätigkeiten unter erhöhtem Kraftaufwand; Beidarmiges Arbeiten nah vor dem Oberkörper Bewegen von Lasten auf Oberkörperhöhe; Mit der seitengleichen Hand zur gegenseitigen Achselpflege; Essen und Trinken mit Hilfsmitteln	Beidhändiges Arbeiten an laufenden Maschinen, mit Tastaturen; Heben von mittelschweren, schweren Lasten vom Boden; Beidarmiges Arbeiten am Boden und über Schulterhöhe; Mit der seitengleichen Hand zum Kopf für Anlegen von Schutzhauben, Arbeitsbrillen; Ankleiden des Oberkörpers; Halten eines Telefonhörers, Führen der Hand zum Mund für Essen, Trinken sowie zur Körperhygiene; Führen eines Lenkrads, Halten eines Fahrradlenkers	
Versteifung in günstiger Stellung bei aufgehobener Unterarmdrehung			40
<ul style="list-style-type: none"> Versteifung in knapper Rechtwinkelstellung bei aufgehobener Unterarmdrehung Die Hand steht in leichter Einwärtsdrehung bis Mittelstellung (40° bis 0°) Der Daumen steht nach innen-oben bis oben 	Manuelle Tätigkeiten unter erhöhtem Kraftaufwand; Beidarmiges Arbeiten nah vor dem Oberkörper; Bewegen von Lasten auf Oberkörperhöhe; Mit der seitengleichen Hand zur gegenseitigen Achselpflege; Essen und Trinken mit Hilfsmitteln Zusätzlich: Seitengleiche Hand nur als Beihand zum Halten	Beidhändiges Arbeiten an laufenden Maschinen, mit Tastaturen; Heben von mittelschweren, schweren Lasten vom Boden; Beidarmiges Arbeiten am Boden und über Schulterhöhe; Mit der seitengleichen Hand zum Kopf für Anlegen von Schutzhauben, Arbeitsbrillen; Ankleiden des Oberkörpers; Halten eines Telefonhörers, Führen der Hand zum Mund für Essen, Trinken sowie zur Körperhygiene; Führen eines Lenkrads; Halten eines Fahrradlenkers. Zusätzlich: Manuelle Tätigkeiten mit Anforderungen an schnelle Wechsel der Handhaltung der seitengleichen Hand z. B. an laufenden Maschinen; Blättern, Bedienen von Drehgriffen	

Tabelle 4 Versteifung Unterarm

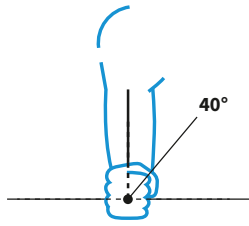
Unterarm (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Unterarmdrehung: Neutral – 40° einwärts	 <p style="text-align: center;">Unterarmdrehung</p>		
Unterarmdrehung Versteifung in günstiger Stellung			20
<ul style="list-style-type: none"> Die Hand steht in leichter Einwärtsdrehung bis Mittelstellung (40° bis 0°) Der Daumen steht nach innen-oben bis oben 	Seitengleiche Hand nur als Beihand; Manuelle Tätigkeiten mit seitengleicher Hand unter erhöhter Kraftanstrengung für Schulter und Oberkörper; Heben und Tragen von schweren Lasten; Mit erhöhter Kraftanstrengung Essen, Trinken, Körperhygiene, Achselpflege; Ankleiden	Manuelle Tätigkeiten mit Anforderungen an schnelle Wechsel der Handhaltung der seitengleichen Hand z. B. an laufenden Maschinen; Blättern, Bedienen von Drehgriffen	

Tabelle 5 Versteifung Handgelenk

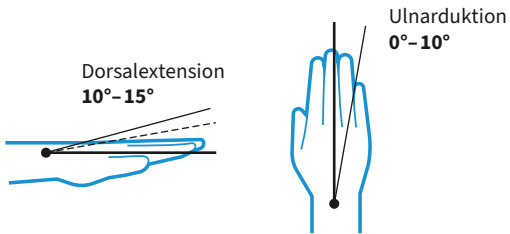
Handgelenk (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Dorsalextension 10°–15° Ulnarduktion 0°–10°			
Versteifung in günstiger Stellung bei freier Unterarmdrehung			20
	Intermittierende Benutzung von PC-Tastatur/Maus mit der betroffenen Hand; Intermittierendes benutzen von Werkzeugen der betroffenen Hand unter Kompensation durch andere Gelenke; Kräftiges Zupacken; Tragen schwerer Lasten	Dauerhaftes Arbeiten mit betroffener Hand an Tastatur/Maus; Feinmotorische, handwerkliche Tätigkeiten der betroffenen Hand;	
Versteifung in günstiger Stellung mit aufgehobener Unterarmdrehung (neutral–40°)			30
	Kräftiges Zupacken; Tragen schwerer Lasten	Dreh-, Schiebe- und Wischbewegungen; Schreiben mit der betroffenen Hand; Tür öffnen (Drehknopf); Lenken (Auto), Radfahren; Umblättern; Einschränkungen der Körperpflege, Nahrungsaufnahme	

Tabelle 6 Versteifung Hüftgelenk

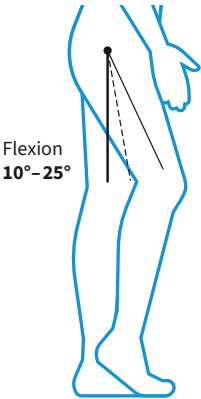
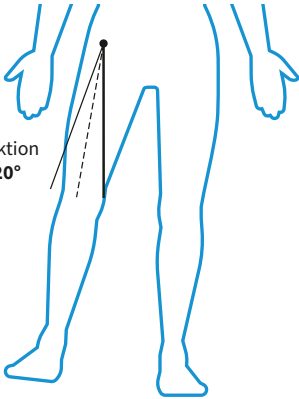
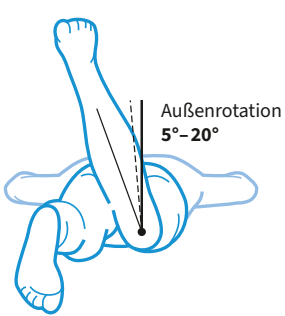
Hüftgelenk (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Flexion 10°–25° Abduktion 10°–20° Außenrotation 5°–20°	  		
Versteifung in günstiger Stellung <ul style="list-style-type: none"> Hüftgelenk in leichter Beugestellung etwas abgespreizt und leicht nach außen gedreht 	Manuelle Tätigkeiten im Sitzen mit ausgestrecktem Bein und Arthrodesekissen; Mittelschweres Heben und Tragen; Kürzere Strecken Gehen (ggf. mit Gehhilfe); Ein Transportmittel benutzen	Sitzen auf normalen Stühlen; Arbeiten mit gebücktem Oberkörper; Arbeiten im Knien, Hocken, Fersensitz oder Kriechen; Arbeiten auf Gerüsten oder Geländen mit Hindernissen (z. B. auf einem Schiff); Ein normales Fahrzeug führen; Fahrradfahren; Dauerhaft Stehen ohne Möglichkeit von Steh- oder Gehpausen; Alternierend Treppensteigen (nur mit Nachsetzen und erhöhtem Kraftaufwand)	30

Tabelle 7 Versteifung Kniegelenk

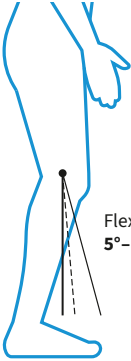

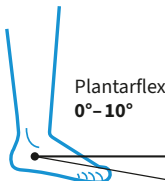

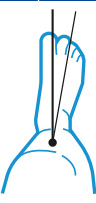
Kniegelenk (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Flexion 5°–15° Valgus 5° ohne Torsionsabweichung	  <p>Ohne Torsionsabweichung</p>		
Versteifung in günstiger Stellung <ul style="list-style-type: none"> Kniegelenk in leichter Beugestellung mit normaler Beinachse ohne Drehabweichung 	Manuelle Tätigkeiten im Sitzen mit ausgestrecktem Bein; Mittelschweres Heben und Tragen; Kürzere Strecken gehen (ggf. mit Gehhilfe); Ein Transportmittel benutzen	Sitzen mit gebeugtem Bein in beengten Räumen (z. B. Toilette); Arbeiten im Knien, Hocken, Fersensitz oder Kriechen; Arbeiten auf Gerüsten oder Geländen mit Hindernissen (z. B. auf einem Schiff); Ein normales Fahrzeug führen; Fahrradfahren; Dauerhaft Stehen ohne Möglichkeit von Steh- oder Gehpausen; Alternierend Treppensteigen (nur mit Nachsetzen und erhöhtem Kraftaufwand)	30

Tabelle 8 Versteifung Sprunggelenk

Sprunggelenke (einseitig) Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
in günstiger Stellung Plantarflexion 0°–10° Valgus 0°–10° Außenrotation 0°–10°	 Plantarflexion 0°–10°  Valgus 0°–10°  Außenrotation 0°–10°		
Versteifung OSG in günstiger Stellung <ul style="list-style-type: none"> • Oberes Sprunggelenk in leichter Beugung Richtung Fußsohle • äußerer Fußrand leicht angehoben • etwas außengedrehter Fuß 	Manuelle Tätigkeiten im Sitzen; Mittelschweres Heben und Tragen; Gehen (ggf. mit Gehhilfe); Ein Transportmittel benutzen	Arbeiten in der Hocke und im Knien; Arbeiten an schiefen Ebenen (z. B. Dachdecker); Ein normales Fahrzeug führen; Gehen ohne Hinken;	20
Versteifung des USG in günstiger Stellung (Neutral) <ul style="list-style-type: none"> • Unterer Sprunggelenk mit leicht angehobenem äußeren Fußrand und • etwas außengedrehtem Fuß 	Manuelle Tätigkeiten im Sitzen; Mittelschweres Heben und Tragen; Gehen; Ein Transportmittel benutzen	Arbeiten als Profitänzer oder Artist (z. B. Balancieren)	10
Versteifung von OSG + USG in günstiger Stellung <ul style="list-style-type: none"> • Oberes Sprunggelenk in leichter Beugung Richtung Fußsohle • äußerer Fußrand leicht angehoben und • etwas außengedrehter Fuß 	Manuelle Tätigkeiten im Sitzen; Mittelschweres Heben und Tragen; Gehen (ggf. mit Gehhilfe); Ein Transportmittel benutzen	Arbeiten in der Hocke und im Knien; Arbeiten an schiefen Ebenen (z. B. Dachdecker); Ein normales Fahrzeug führen; Gehen ohne Hinken	20

Hinweise:

- Ab einem Grad von > 10° liegt eine wesentliche Änderung vor.
- Eine Extensionsstellung wirkt sich ungünstig auf die Funktion aus.
- Bei einer Extensionsstellung ist die schuhtechnische Versorgung problematisch. Ein Spitzfuß ist hingegen schuhtechnisch ausgleichbar.

4.2 Endoprothetische Versorgung

Bei der Überprüfung der MdE-Werte im Bereich der Endoprothetik bildet die regelrecht sitzende Prothese „bei guter Funktion“ die Ausgangsbasis. Anhand der zum Zeitpunkt der MdE-Feststellung bestehenden gegenwärtigen Einschränkungen durch die reduzierte mechanische Belastbarkeit auch einer regelrecht sitzenden Endoprothese erfolgt die Feststellung eines Basiswerts für die MdE. Damit werden die gegenwärtig durch die reduzierte mechanische Belastbarkeit verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um Erwerbsmöglichkeiten, welche auch dann, wenn sie rein funktionell noch offen stünden, nach herrschender medizinischer Meinung bereits gegenwärtig unterlassen werden sollten, um den Heilungserfolg bei einliegender Endoprothese so gut wie möglich zu sichern und insbesondere das Risiko von Prothesenlockerungen mit ihren Folgen wie Wechseloperationen und funktionellen Verschlechterungen nicht zu erhöhen.

Dieser Basiswert ist für alle endoprothetisch versorgten großen Gelenke in Höhe von 10 v.H. anzusetzen. Der Wert kann unabhängig von der Funktion nicht unterschritten werden. Die darüberhinausgehende Einschätzung erfolgt über die konkreten Funktionseinschränkungen, wobei etwaige Überschneidungen zwischen den verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten, die vom Basiswert abgedeckt sind, und den weiteren, aus funktionellen Gründen verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten im Sinne einer Gesamtschau zu berücksichtigen sind. Abweichungen von den nachfolgend angegebenen Eckwerten nach oben sind möglich, erfordern aber eine wesentliche schlechtere Funktion als bei dem jeweiligen Eckwert angegeben.

Tabelle 9 Endoprothetische Versorgung Schultergelenk

Schultergelenk Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
Schultergelenksprothese (einseitig) bei intakter Rotatorenmanchette und Abduktion > 120°			10
Schultergelenksprothese (einseitig)			20
Gute Funktion <ul style="list-style-type: none"> Abduktion 90°–120° Anteversion > 90° Rotation frei 	Manuelle Tätigkeiten vor dem Rumpf bis knapp über die seitengleiche Schulterhöhe; Mit der seitengleichen Hand zum Mund für Essen, Trinken; Körperhygiene: Achselpflege, Ankleiden von Oberkörperwäsche	Beidhändig über Kopf arbeiten; Hobeln und Sägen; Tragen und Heben schwerer Lasten	
Schultergelenksprothese (einseitig)			30
Eingeschränkte Funktion <ul style="list-style-type: none"> Abduktion < 90° Anteversion < 90° Rotation eingeschränkt 	Manuelle Tätigkeiten vor dem Rumpf unter der seitengleichen Schulterhöhe; Nur eingeschränkt: Mit der seiten- gleichen Hand zum Mund für Essen, Trinken; Körperhygiene: Achselpflege, Ankleiden von Oberkörperwäsche	Beidhändig über Kopf arbeiten; Hobeln und Sägen; Tragen und Heben schwerer Lasten; Zusätzlich: Tätigkeiten hinter dem Rumpf und seitengleich neben dem Rumpf mit Ziehen und Schieben; Pkw, Lkw lenken ohne Lenkhilfe	
Schultergelenksprothese bei guter Funktion (beidseitig)			30

Tabelle 10 Endoprothetische Versorgung Ellenbogengelenk

Ellenbogengelenk Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
Ellenbogengelenksprothese bei guter Funktion (einseitig)			30
<ul style="list-style-type: none"> Beugung > 90° Streckung endgradig frei Gelenkführung stabil 	Manuelle Tätigkeiten mit seiten- gleicher Hand ohne zusätzliche Last; Radfahren; Pkw, Lkw mit Servo- lenkung steuern	Heben und Tragen von Lasten über 5 kg; Pkw, Lkw lenken ohne Lenkhilfe	
Ellenbogengelenksprothese bei guter Funktion (beidseitig)			50
Radiusköpfchenprothese bei guter Funktion (einseitig)			10
<ul style="list-style-type: none"> Umwendbewegung endgradig frei Beugung/Streckung endgradig frei Gelenkführung stabil 	Manuelle Tätigkeiten mit seiten- gleicher Hand; Heben und Tragen schwerer Lasten	Schraubende Arbeiten mit Dauerbelastung	
Radiusköpfchenprothese bei eingeschränkter Funktion (einseitig)			20
<ul style="list-style-type: none"> Umwendbewegung eingeschränkt Beugung/Streckung eingeschränkt Gelenkführung instabil 	Manuelle Tätigkeiten mit seitenglei- cher Hand mit Ausgleichbewegung im Schultergelenk; Heben und Tragen schwerer Lasten eingeschränkt	Schraubende Arbeiten; Pkw, Lkw lenken ohne Lenkhilfe; Untergriff; Blättern Bedienen von Drehgriffen	

Tabelle 11 Endoprothetische Versorgung Hüftgelenk

Hüftgelenk Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
bei guter Funktion			10
<ul style="list-style-type: none"> • Beugung > 90° • Abspreizung > 20° • Rotation innen/außen > 20°/0°/10° • kein Trendelenburg-Hinken • muskulär stabil geführt • Abspreizmuskulatur • Kraftgrad 5 	Gehen ohne Hilfsmittel, hinkfrei, ausdauernd, flott, auf Treppen alternierend, mit Geländesteigungen, auf unebenem Grund; Radfahren; Pkw, Lkw steuern; Sitzen mit aufrechtem Oberkörper	Arbeiten in engen Räumen bei angewinkelten Beinen über 90° Hüftbeugung hinaus; Sitzen auf tiefen Sitzmöbeln (z. B. tiefe Hocker); Bewegungen (z. B. bei Tanz und Gymnastik) mit Notwendigkeit deutlicher Hüftabspreizung	
Eine Höherbewertung um 10 v. H. erfordert eine wesentlich schlechtere Funktion gegenüber der beschriebenen Funktion			≥ 20
Hüftgelenksprothese bei eingeschränkter Funktion			20
<ul style="list-style-type: none"> • Beugung < 90° • Abspreizung < 20° • Streckdefizit • Rotation eingeschränkt • Muskuläre Führung instabil 	Gehen mit Hilfsmitteln, hinkend; Sitzen mit Sitzhilfe	Zusätzlich (s. o.): Alternierend Treppensteigen (nur mit Nachsetzen und erhöhtem Kraftaufwand); Arbeiten auf Gerüsten, Leitern oder Geländen mit unebenem Grund und/oder Hindernissen (z. B. auf einem Schiff); Arbeiten auf schiefen Ebenen (z. B. Dachdecker, Land- & Forstwirtschaft, an Böschungen...)	
beidseitige Hüftgelenksprothese bei beidseitig guter Funktion			20

Tabelle 12 Endoprothetische Versorgung Kniegelenk

Kniegelenk Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
Kniegelenksprothese bei guter Funktion			20
<ul style="list-style-type: none"> • Beugung > 90° • Streckung frei • Keine Rotation • Seitenbandführung stabil 	Gehen ohne Hilfsmittel, hinkfrei, ausdauernd, flott, auf Treppen alternierend, mit Geländesteigungen, auf unebenem Grund, Radfahren bei Beugung; Radfahren; Sitzen; Pkw, Lkw steuern	Kriechen, tiefes Hocken, Fersensitz Arbeiten in engen Räumen bei angewinkelten Beinen über 90° Kniebeugung hinaus; Sitzen auf tiefen Sitzmöbeln (z. B. tiefe Hocker); Bewegungen (z. B. bei Tanz und Gymnastik) mit deutlicher Kniebeugung	
Kniegelenksprothese bei eingeschränkter Funktion			≥ 30
<ul style="list-style-type: none"> • Beugung < 90° • Streckung eingeschränkt • Seitenbandführung instabil 	Gehen mit Hilfsmitteln, hinkend; Sitzen mit ausgestrecktem Bein	Zusätzlich (s. o.): Gehen auf unebenem Grund und/oder mit Hindernissen; Arbeiten auf schiefen Ebenen (z. B. Dachdecker, Land- & Forstwirtschaft, an Böschungen...); Fahrradfahren; Pkw, Lkw steuern	
Schlittenprothetik bei guter Funktion			10
beidseitige Kniegelenksprothese bei guter Funktion			30
Beidseitige Schlittenprothetik bei guter Funktion			20

Tabelle 13 Endoprothetische Versorgung Sprunggelenk

Sprunggelenk Stellung = Funktion	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE in v. H.
Sprunggelenksprothese bei guter Funktion			20
<ul style="list-style-type: none"> • Pro- und Supination stabil um 10°/0°/20° • freies Abrollen • Gelenkführung stabil 	Gehen ohne Hilfsmittel, hinkfrei; ein Transportmittel benutzen; Radfahren; Pkw, Lkw steuern	Arbeiten in der Hocke und im Knien; Arbeiten auf schiefen Ebenen (z. B. Dachdecker, Land- & Forstwirtschaft, an Böschungen...)	

4.3 Wirbelsäule

Die Wirbelsäule gewährleistet einerseits die Körperstabilität und ermöglicht andererseits Mobilität. Aus diesem Grund ist sie in ihren Funktionen weitgehender zu betrachten als die Extremitäten.

Leitmerkmalmethode

Ergänzend zu den Beschreibungen nach ICF wurde die Leitmerkmalmethode nach Lastenhandhabungsverordnung¹⁴ zur Beurteilung der Bewegung von Lasten oder bei Ganzkörperkräften als Überprüfungskriterium herangezogen. Darin sind Tätigkeiten mit Belastungen für den Bewegungsapparat aufgelistet. Durch die Berücksichtigung wird der konkrete Bezug, speziell abgestellt auf die arbeitsbedingten Belastungen, gewährleistet.

Δ GDW

Bei der Einschätzung der MdE für den Bereich der Wirbelkörperbrüche wurde die Methode zur Messung der Differenz des Grundplatten-Deckplattenwinkels im Vergleich zum nicht betroffenen Nachbar-Wirbelkörper berücksichtigt (Δ GDW). Das Δ GDW bezeichnet die Differenz zwischen dem Grunddeckplattenwinkel (GDW) **nach** dem Unfall und dem GDW **vor** dem Unfall. Falls – wie meist – keine Voraufnahmen vor dem Unfall vorliegen, erfolgt eine Abschätzung durch Messung des GDW in den von der Verletzung nicht betroffenen Segmenten, welche an das betroffene Segment bzw. die beiden betroffenen Segmente oben und unten angrenzen. Der Durchschnitt dieser GDW-Werte entspricht dann näherungsweise dem vor dem Unfall bestehenden (monosegmentalen) GDW im betroffenen Segment; wenn die Verletzung 2 Segmente betrifft, entspricht die Summe dieser GDW-Werte näherungsweise dem vor dem Unfall bestehenden (bisegmentalen) GDW in den beiden betroffenen Segmenten). Das Δ GDW ist somit ein Maß für die unfallbedingte Veränderung der Statik. Verglichen mit dem bisher in den MdE-Tabellen meist verwendeten Absolutwert für den GDW ergibt sich an der **Lendenwirbelsäule** aufgrund der physiologischen LWS-Lordose **für das Δ GDW ein höherer Wert**, was bei den für die jeweiligen MdE-Eckwerte aufgeführten Gradangaben zu berücksichtigen war. Für die Brustwirbelsäule ist das Δ GDW aufgrund der physiologischen BWS-Kyphose hingegen niedriger als der Absolutwert für den GDW, was es vertretbar erscheinen lässt, bei Verwendung des Δ GDW in Bezug auf die für die jeweiligen MdE-Eckwerten aufgeführten Gradangaben auf eine Differenzierung zwischen den Wirbelsäulenabschnitten zu verzichten. Zwar bleibt auch bei Verwendung des Δ GDW als Maß noch zu berücksichtigen, dass sich unfallbedingt erworbene Kyphosierungen, wenn sie durch eine kompensatorische Aufrichtung (Lordosierung) der nicht betroffenen Anteile der Rumpfwirbelsäule sowie eine Beckenkipfung nach hinten nicht ausreichend ausgeglichen werden können, umso stärker auf die Gesamtstatik der Wirbelsäule auswirken, je weiter unten an der Wirbelsäule sie gelegen sind. Dem wird in der MdE-Tabelle aber dadurch Rechnung getragen, dass die Auswirkung auf das sagittale Profil als zusätzliches Kriterium einschließ-lich Messmethode aufgeführt ist.

¹⁴ vgl. DGUV (Hrsg.), online im Internet: www.publikationen.dguv.de Fachbereich AKTUELL FBHL-021 Informationen zu den neuen Leitmerkmalmethoden, [26.06.2025].

Individuelle Betrachtung

Die aufgeführten Werte in den nachfolgend abgebildeten Tabellen sind nicht als abschließend – im Sinne eines „starrten Messprotokolls“ – zu verstehen. Bei den Tabellen handelt es sich um Eckwerte, die sachverständigen Personen und Rechtsanwenderinnen und Rechtsanwendern als Orientierung dienen. Vor allem bei den folgend aufgeführten Konstellationen ist immer eine individuelle Betrachtung erforderlich:

- Unabhängige Formstörungen von HWS, BWS und LWS sind zu berücksichtigen
- Entlordosierung (Abflachung) von HWS und LWS mit zunehmendem Alter
- Zunahme des Rundrückens der BWS (Kyphose) mit zunehmendem Alter
- Folgen von Aufbaustörungen (z. B. nach juveniler Aufstörung, Morbus-Scheuermann mit Vertiefung der Wirbelkörper und vorbestehender Keilwirbelbildung)
- Vorbestehende Keilwirbel nach (osteoporotischen/traumatischen) Frakturen
- Vorbestehende Verziehnungen in der Frontalebene (Skoliosen)
- Segmentationsstörungen

Zur besseren Übersichtlichkeit sind im Folgenden die Unfallfolgen und Funktionsstörungen mit Beschreibungen in Anlehnung an die ICF in getrennten Tabellen dargestellt.

Tabelle 14 Wirbelbrüche und Wirbelversteifungen

Unfallfolge	MdE in v. H.
Dornfortsatz-, Querfortsatzbrüche	< 10
<i>Stabil verheilte Wirbelbruch</i> Keine oder nur geringe Fehlstatik, Δ GDW $\leq 15^\circ$ ohne Störung des sagittalen Profils. Ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung.	< 10
<i>Stabil verheilte Wirbelbruch</i> Leichter Achsenknick, Δ GDW 15° bis $\leq 25^\circ$, sagittales und koronares Profil noch erhalten. Ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit mäßiger segmentbezogener Funktionsstörung.	10
<i>Stabil verheilte Wirbelbruch</i> Statisch wirksamer Achsenknick, Δ GDW $> 25^\circ$, sagittales +/- koronares Profil gestört (Lotlinie HWK 7/SWK 1 mehr als 50 mm vor dem hinteren Anteil der Endplatte SWK 1) oder verheilte Wirbelkörperbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität.	20
<i>Verheilte Wirbelkörperbruch</i> mit erheblicher Störung des sagittalen +/- koronaren Profils (Lotlinie HWK 7/SWK 1 mehr als 70 mm vor hinterem Anteil der Endplatte SWK 1 (Δ GDW $> 35^\circ$)) und radiologisch objektivierbarer segmentaler Instabilität.	30

Tabelle 15 MdE-Einschätzungen für weitere Unfallfolgezustände mit Versteifungen

Versteifungen	MdE in v. H.
Monosegmentale Versteifungen	
LWS (einschließlich BWK 12/LWK 1)	10
BWS und HWS (unterhalb HWK 2)	< 10
Bisegmentale Versteifungen	
LWS (einschließlich BWK 12/LWK 1)	20
HWS (unterhalb HWK 2)	10
Versteifungen unter Beteiligung der oberen HWS	
Monosegmental Hinterhaupt / HWK 1 oder HWK 1/2	20
Bisegmental Hinterhaupt / HWK 1 und HWK 1/2	30
Komplettversteifung der HWS / keine wesentliche Restfunktion	40
Versteifung ab 3 Bewegungssegmenten der BWS	10
Versteifung von mehr als drei Bewegungssegmenten der LWS (einschließlich des thorakolumbalen Überganges) oder der HWS (unterhalb HWK 2).	30

Tabelle 16 Beschreibung der MdE-Werte für die Wirbelsäule auf Grundlage der ICF

Stellung = Funktion	BWS/LWS	HWS	MdE
<i>Stabil verteilter Wirbelbruch</i> Keine oder nur geringe Fehlstatik, Δ GDW $< 15^\circ$ ohne Störung des sagittalen Profils. Ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung.	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Heben, Tragen, Ziehen, Schieben, anhaltend oder wiederholt gebückter und geneigter Rumpfhaltung im Stehen und Mobilität zu Fuß (Gehen, Steigen, Klettern) sowie längeres Stehen und Sitzen sind uneingeschränkt durchführbar.	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Überstreckung, Beugung und Drehung der Halswirbelsäule sowie monotoner Kopfhaltung sind uneingeschränkt durchführbar (z. B. Überkopfarbeiten, Kontrolltätigkeiten auf Tischhöhe oder darunter, Bildschirmarbeiten, Führen eines Kraftfahrzeugs, im Tiefbau, bei Bodenarbeiten).	< 10
<i>Stabil verteilter Wirbelbruch</i> Leichter Achsenknick, Δ GDW 15 bis $< 25^\circ$, sagittales und koronares Profil noch erhalten. Ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit mäßiger segmentbezogener Funktionsstörung.	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Heben, Tragen, beim Ziehen, Schieben von Lasten, anhaltend oder wiederholt gebückter und geneigter Rumpfhaltung im Stehen und Mobilität zu Fuß (Gehen, Steigen, Klettern) sowie längeres Stehen und Sitzen sind nur mit Anstrengung durchführbar.	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Überstreckung, Beugung und Drehung der Halswirbelsäule sowie monotoner Kopfhaltung sind nur mit Anstrengung durchführbar (z. B. Überkopfarbeiten, Kontrolltätigkeiten auf Tischhöhe oder darunter, Bildschirmarbeiten, Führen eines Kraftfahrzeugs, im Tiefbau, bei Bodenarbeiten).	10
<i>Stabil verteilter Wirbelbruch</i> Statisch wirksamer Achsenknick, Δ GDW $> 25^\circ$, sagittales +/- koronares Profil gestört (Lotlinie HWK7/SWK1 mehr als 50 mm vor dem hinteren Anteil der Endplatte SWK1) oder Verteilter Wirbelkörperbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität oder Versteifung von zwei oder drei Segmenten der LWS (einschließlich thorakolumbalen Übergang) oder der HWS (unterhalb HWK 2).	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Heben, Tragen, beim Ziehen, Schieben von Lasten, anhaltend oder wiederholt gebückter und geneigter Rumpfhaltung, im Stehen und Mobilität zu Fuß (Gehen, Steigen, Klettern) sowie längeres Stehen und Sitzen sind trotz Anstrengung leicht beeinträchtigt .	Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Überstreckung, Beugung und Drehung der Halswirbelsäule sowie monotoner Kopfhaltung sind trotz Anstrengung leicht beeinträchtigt (z. B. Überkopfarbeiten, Kontrolltätigkeiten auf Tischhöhe oder darunter, Bildschirmarbeiten, Führen eines Kraftfahrzeugs, im Tiefbau, bei Bodenarbeiten).	20
<i>Verteilter Wirbelkörperbruch</i> mit erheblicher Störung des sagittalen \pm koronaren Profils (Lotlinie HWK7/SWK1 mehr als 70 mm vor hinterem Anteil der Endplatte SWK 1 (Δ GDW $> 35^\circ$) und radiologisch objektivierbarer segmentaler Instabilität oder Versteifung von mehr als drei Bewegungssegmenten der LWS (einschließlich des thorakolumbalen Überganges) oder der HWS (unterhalb HWK 2).	Zahlreiche Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Heben, Tragen, beim Ziehen, Schieben von Lasten, anhaltend oder wiederholt gebückter und geneigter Rumpfhaltung, im Stehen und Mobilität zu Fuß (Gehen, Steigen, Klettern) sowie längeres Stehen und Sitzen sind trotz Anstrengung alle leicht oder einzelne stark beeinträchtigt .	Zahlreiche Aktivitäten des beruflichen Lebens mit Überstreckung, Beugung und Drehung der Halswirbelsäule sowie monotoner Kopfhaltung sind trotz Anstrengung alle leicht oder einzelne stark beeinträchtigt (z. B. Überkopfarbeiten, Kontrolltätigkeiten auf Tischhöhe oder darunter, Bildschirmarbeiten, Führen eines Kraftfahrzeugs, im Tiefbau, bei Bodenarbeiten).	30

4.4 Querschnittslähmungen

Bei der Einschätzung der MdE bei Querschnittslähmungen müssen individuelle Unterschiede und vielfältige Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Um eine einheitliche und nachvollziehbare Grundlage für die Bewertung zu schaffen, hat die MdE-Kommission bestehende wissenschaftliche und praktische Ansätze analysiert.

Grundlagen und Systematik

Als Grundlage hat die MdE-Kommission die „Tabelle 4: Vorschlag zur Einschätzung der MdE bei Querschnittgelähmten“ aus der Literatur „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ herangezogen.¹⁵ Eine vollständige Lähmung beider Beine wird mit einer MdE von 100 bewertet. Dies dient als Ausgangspunkt für die Bestimmung weiterer MdE-Stufen. Die bisher verwendete Systematik wurde beibehalten, wobei aufgrund der hohen Komplexität von Lähmungsauswirkungen eine Einteilung in vier MdE-Stufen (100, 80, 60 und 40) als sinnvoll erachtet wurde. Eine differenzierte Festlegung zusätzlicher Stufen (z. B. 90, 70, 50) wurde als unpraktikabel angesehen, da diese bei Querschnittslähmungen auf unfallchirurgischer und neurologischer Ebene nicht realistisch umsetzbar sind. Dennoch bleibt aufgrund der individuellen Gegebenheiten jedes Einzelfalls ein gewisser Interpretationsspielraum bestehen.¹⁶

Mobilitätsorientierte MdE-Einschätzung bei Querschnittgelähmten in Anlehnung an die ICF

Die folgend aufgeführte Tabelle basiert im Wesentlichen auf der oben genannten Abbildung. Diese wurde um Beschreibungen nach ICF erweitert, um die Angabe der MdE-Werte nachvollziehbarer zu gestalten. Die darin genannten Beispiele in Anlehnung an die ICF dienen als Beschreibung der Funktionsänderungen, bezogen auf die einzelnen MdE-Werte. Die Beispiele beziehen sich ausschließlich auf die Mobilitätseinschränkungen für Menschen mit Querschnittslähmung in Anlehnung an die ICF. Die Ausprägung der Folgen einer Lähmung ist im Einzelfall festzustellen. Hier sind Befunde der betroffenen Fachgebiete heranzuziehen. Beispielsweise Beeinträchtigungen auf urologischem Fachgebiet (Blasen-Mastdarmstörung, Störung der Sexualfunktion), Störungen der Atmung sowie zusätzliche neurologische Störungsbefunde (z. B. stark beeinträchtigende Spastik). Deren Auswirkungen sind in der aufgeführten tabellarischen Darstellung nicht berücksichtigt. Diese Beeinträchtigungen sind gegebenenfalls gesondert zu begutachten und können zu einer Höhereinschätzung der MdE beitragen. Die folgende Tabelle bezieht sich allein auf die Störungen des Bewegungsapparates.

Hinweise:

- Die Anpassung des Arbeitsplatzes ist in allen Stufen entscheidend, um den Betroffenen eine möglichst hohe Teilhabe am Berufsleben zu ermöglichen.
- Die MdE-Werte beziehen sich auf den Grad der Einschränkung und die damit verbundenen beruflichen Tätigkeiten, die entweder möglich sind oder ausgeschlossen werden müssen.
- Eine MdE < 100 v. H. ist nur begründbar, wenn bei der betroffenen Person noch eine Teilmobilität außerhalb eines Rollstuhls besteht.
- Arm-, Blasen- und Mastdarm- sowie Sexualfunktionsstörungen können die MdE erhöhen.
- MdE 100 v.H: Bei Lähmung der Atmungsmuskulatur mit Beatmungspflichtigkeit.
- Außergewöhnliche Schmerzen (Phantomschmerz, neuropathischer Schmerz, CRPS) sind gesondert zu bewerten.

¹⁵ Schönberger, Mehrrens, Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 10., 2024, S. 507.

¹⁶ Hug A: Gutachten bei Querschnittslähmung. In: Schiltenswolf M, et al.: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 7. Auflage ,661–702.

Tabelle 17 MdE-Eckwerte auf Grundlage der Mobilitätseinschränkungen für Menschen mit Querschnittlähmung in Anlehnung an die ICF

Funktionseinschränkung	Aktivität möglich	Aktivität nicht möglich	MdE
Vollständige Lähmung der Beine.	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung eines Rollstuhls für Büro-tätigkeiten in barrierefreien Umgebungen • Arbeiten im barrierefreien Home-Office mit angepassten Arbeitsmitteln • Telefon- und Computerarbeit, ggf. mit Sprachsteuerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Tätigkeiten, die das Stehen, Gehen oder körperliche Aktivität erfordern (z. B. handwerkliche Berufe, Pflegeberufe) • Tätigkeiten in unzugänglichen Umgebungen (z. B. Baustellen, schwer zugängliche Büros) • Führen von Fahrzeugen ohne spezielle Anpassungen 	100
Teilmobilität außerhalb des Rollstuhls (mit großer Kraftanstrengung < 500 Meter).	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten in barrierefreien Büros mit häufigen Pausen • Büro- oder Verwaltungsarbeiten, die überwiegend im Sitzen erledigt werden • Bedienen von Maschinen im Sitzen mit Fußstützen 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten, die längere Gehstrecken erfordern • Tätigkeiten in engen Räumen oder in Umgebungen, die nicht barrierefrei sind • Körperlich anstrengende Arbeiten, insbesondere solche, die Mobilität oder Heben erfordern 	80
Teilmobilität > 500 Meter mit Hilfsmitteln entsprechend einer Funktionsstörung bei peripherer Nervenschädigung der unteren Extremität (z. B. beidseitiger Femoralisschaden).	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeiten, die eine geringe Gehstrecke oder einen Wechsel zwischen Sitzen und Stehen erfordern • Arbeiten in Büroumgebungen mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator, Gehstöcke) • Angepasste handwerkliche Arbeiten, die im Sitzen ausgeführt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten, die längere Gehstrecken ohne Hilfsmittel oder den Aufstieg über Treppen erfordern • Tätigkeiten, die das Heben schwerer Lasten beinhalten • Arbeiten, die in unebenem Gelände stattfinden 	60
Teilmobilität entsprechend einer Funktionsstörung bei peripherer Nervenschädigung der unteren Extremität (z. B. beidseitiger Peroneusschaden).	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten in Büroumgebungen, die häufiges Sitzen und gelegentliches Stehen oder Gehen erfordern • Überwachungs- oder Kontrolltätigkeiten, die überwiegend sitzend durchgeführt werden • Arbeiten, die keine hohe körperliche Belastbarkeit erfordern 	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeiten, die eine gute Balance, Beweglichkeit oder langes Stehen/ Gehen erfordern • Arbeiten in beengten oder nicht barrierefreien Umgebungen • Tätigkeiten, die schnelles Handeln oder plötzliche Bewegungen erfordern 	40

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Mitglieder der MdE-Kommission.....	8
Tabelle 2	Versteifung Schulter.....	15
Tabelle 3	Versteifung Ellenbogen.....	16
Tabelle 4	Versteifung Unterarm.....	17
Tabelle 5	Versteifung Handgelenk.....	17
Tabelle 6	Versteifung Hüftgelenk.....	18
Tabelle 7	Versteifung Kniegelenk.....	18
Tabelle 8	Versteifung Sprunggelenk.....	19
Tabelle 9	Endoprothetische Versorgung Schultergelenk.....	21
Tabelle 10	Endoprothetische Versorgung Ellenbogengelenk.....	21
Tabelle 11	Endoprothetische Versorgung Hüftgelenk.....	22
Tabelle 12	Endoprothetische Versorgung Kniegelenk.....	23
Tabelle 13	Endoprothetische Versorgung Sprunggelenk.....	23
Tabelle 14	Wirbelbrüche und Wirbelversteifungen.....	26
Tabelle 15	MdE-Einschätzungen für weitere Unfallfolgezustände mit Versteifungen.....	26
Tabelle 16	Beschreibung der MdE-Werte für die Wirbelsäule auf Grundlage der ICF.....	27
Tabelle 17	MdE-Eckwerte auf Grundlage der Mobilitätseinschränkungen für Menschen mit Querschnittlähmung in Anlehnung an die ICF.....	29

6 Literaturverzeichnis

Weitere Quellen und Empfehlungen

- DGUV (Hrsg.), Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“), Berlin, 2019, online im Internet: <https://publikationen.dguv.de/versicherungsleistungen/allgemeine-informationen/3667/konsenspapier-der-mde-expertengruppe-nach-ueberpruefung-der-mde-erfahrungswerte-bei-gliedmassenverluste>, Webcode: p017667).
- DGUV (Hrsg.), online im Internet: [Fachbereich AKTUELL FBHL-021 Informationen zu den neuen Leitmerkmalmethoden](#).
- Hug A: Gutachten bei Querschnittlähmung. In: Schiltenswolf M, Hollo DF, Gaidzik PW: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 7.Auflage. Stuttgart: Springer; 2021:661-702
- REHADAT, online im Internet: <https://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation/d4/>.
- Schönberger, Mehrrens, Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 10., völlig neu bearbeitete Auflage, Praxisliteratur, 2024.

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

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de

A large, solid blue rectangular area that occupies the bottom two-thirds of the page, extending from the left edge to the right edge. It appears to be a design element or a placeholder for a logo or image.