

Unfallchirurgie 2023 · 126:351–365
<https://doi.org/10.1007/s00113-023-01308-x>
 Angenommen: 14. Februar 2023
 Online publiziert: 18. April 2023
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2023, korrigierte Publikation 2023

Redaktion
 Klaus Dresing, Göttingen



Was sind die Grundlagen der Bemessung und Einschätzung von Unfallfolgen?

Entstehung und Funktion der MdE-Tabellen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Klaus-Dieter Thomann

IVM Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main, Deutschland

In diesem Beitrag

- Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und der Fachliteratur
- Ursprünge der MdE und der Invalidität
- Talionsprinzip
- Private Unfallversicherung – Vorläufer der gesetzlichen Unfallversicherung
- „Gliedertaxe“
- 1884: Die gesetzliche Unfallversicherung ersetzt die private Unfallversicherung
- Gliedertaxe der privaten Unfallversicherung
- Metamorphose der Gliedertaxe: Aus „Invalidität“ wird „Erwerbsminderung“
- Entwicklung der MdE- und Invaliditätstabellen ab 1900
- Bedeutung der medizinischen Begutachtung für die Institutionalisierung der Unfallchirurgie
- Entstehung aktueller Standardwerke der unfallchirurgisch-orthopädischen Begutachtung
- Vorschläge für die Weiterentwicklung der MdE-Werte aus medizinischer Sicht



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Die Bewertung von bleibenden Funktionsstörungen nach Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane gehört zur Kerntätigkeit eines Unfallchirurgen und Orthopäden. Aus der Kenntnis der Verletzung und der sorgfältigen Beschreibung der Funktionsstörungen leitet der Gutachter einen Vorschlag für die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab. Diese orientiert sich nach den MdE-Tabellen, die auf einer jahrzehntelangen Abstimmung zwischen Verwaltungen, Gerichten und Ärzteschaft beruhen. Sie sind in den grundlegenden Werken zur Begutachtung publiziert. Einzelne Empfehlungen unterliegen einem Wandel, die Eckwerte für Amputation haben sich allerdings seit Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 1884 nicht wesentlich geändert, obwohl die prothetische Versorgung sich stetig verbesserte. Maßstab der MdE ist der dem Versicherten durch die Funktionsbeeinträchtigung verschlossene Arbeitsmarkt. In dem Sozialgesetzbuch für die Unfallversicherung (SGB VII) wird die MdE definiert, ihre Höhe „... richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens“.

Der Aufsatz verfolgt die Geschichte dieses zentralen Messinstruments der Unfallfolgen. Dabei zeigt sich, dass die MdE-Werte keinesfalls erst mit der Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung Ende des 19. Jh. entstanden. Sie gehen auf das Jahrtausende alte Talionsprinzip zurück. Es handelt sich um die Grundform des materiellen Haftpflichtrechts, nach dem der Schädiger dem Geschädigten – bei einer schuldhaften Beeinträchtigung der Gesundheit – den dadurch entstandenen materiellen Verlust ersetzen muss. Im Vordergrund stehen der Erwerbsschaden, die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder in anderen Worten die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“. Mitte des 19. Jh. entwickelten die privaten Unfallversicherungen Gliedertaxen, die auf dem Talionsprinzip beruhten. Diese Gliedertaxen wurden nach 1884 von den Berufsgenossenschaften übernommen. Die zuständige oberste Sozialgerichtsbarkeit, das Reichsversicherungsamt, definierte die Gliedertaxen um: Die Werte für die Gliedertaxen wurden nun zum Maßstab für die „Erwerbsminderung“ (EM), später die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE). Die Stabilität der MdE-Werte über mehr als 100 Jahre spricht dafür, dass sie nicht nur die Rechtssicherheit gewähren, sondern sowohl von den Betroffenen als auch der Gesellschaft als angemessen und gerecht angesehen werden.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · Talionsprinzip · Gliedertaxe · Minderung der Erwerbsfähigkeit · Invalidität

Ärzte, insbesondere Chirurgen und Orthopäden, werden tagtäglich mit der Frage konfrontiert, wie bleibende Unfallfolgen in der gesetzlichen Unfallversicherung einzuschätzen sind. Grundlage der Bewertung von Dauerschäden sind Tabellen, mit deren Hilfe körperliche Beeinträchtigungen quantifiziert werden können. Kaum jemals wird die Frage gestellt, woher die Tabellen kommen, und auf welcher Legitimation sie beruhen. Gelegentlich wird sogar die Ansicht vertreten, die MdE-Werte seien „aus dem Nichts“ [32] entstanden.

Einleitung

Die ärztliche Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen ist die Grundlage, auf der Verwaltungen und Gerichte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung feststellen. Da die endgültige Festlegung der MdE keine ärztliche Aufgabe, sondern als Ergebnis eines gesellschaftlichen Abwägungsprozesses von den Verwaltungen der gesetzlichen Unfallversicherungen ausgeübt werden muss, entscheiden Sozialgerichte in Streitfällen.

Die medizinischen Bewertungen haben sowohl für die Betroffenen als auch die für die gesetzlichen Unfallversicherungen erhebliche Auswirkungen. Der Versicherte erhält nach medizinischer und rechtlicher Überprüfung der Unfallfolgen finanzielle, medizinische und soziale Leistungen, die es ihm ermöglichen, trotz beeinträchtigter Arbeits- oder Leistungsfähigkeit am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die Rente ist ein „Trostpflaster“, das die Gesundheit nicht wiederherstellen, dem Geschädigten jedoch ein gewisses Maß an Genugtuung bereiten kann.

Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und der Fachliteratur

Die gesetzliche Unfallversicherung und Gerichte setzen dem Arzt einen inhaltlichen Rahmen, in dem sich seine Beurteilungen zu bewegen haben. Die in den anerkannten Handbüchern publizierten Tabellen [25, 29, 37, 41, 48] haben sich „als wirklichkeits- und maßstabsgerecht“ erwiesen; sie sind „sozial adäquat“ [49], wengleich nicht rechtlich bindend [44].

Anders ist die Situation im Schwerbehinderten- (SGB IX)- und Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV). Hier ist der Sachverständige an die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungen und Behinderungen nach der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ mit den „Versorgungsmedizinische[n] Grundsätze[n]“ [5] gebunden. Wegen dieser Verordnung des Gesetzgebers haben die Tabellen von SGB IX und XIV formelle Norm inne, die Tabelle von SGB VII dagegen nur materielle Norm durch den wiederholten Bezug im Rechtsalltag.

Aus der Kenntnis der begutachtungsspezifischen Fachliteratur können der behandelnde Arzt und der Sachverständige differenzierte Einschätzungsempfehlungen ableiten, die dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen. Die Abweichungen von Gutachter zu Gutachter sind bei sorgfältiger Untersuchung und vollständiger Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen gering.

Merke. Grob unterschiedliche Bewertungen gleicher Verletzungsfolgen durch unterschiedliche Ärzte deuten in aller Regel dagegen auf eine mangelnde Kenntnis und Beachtung der Begutachtungsrichtlinien hin.

Ursprünge der MdE und der Invalidität

Die Maßstäbe für die Bewertung gesundheitlicher Beeinträchtigungen lassen sich nicht mithilfe physikalischer Gesetze gewinnen, es handelt sich um gesellschaftliche und medizinische Konstrukte, die weit in die Geschichte zurückreichen. Im Folgenden wird die These vertreten, dass die als „gerecht“ empfundene Entschädigung für erlittene gesundheitliche Funktionsstörungen eine Grundkonstante des menschlichen Gemeinschaftslebens ist. Die abstrakte Höhe der Entschädigung muss in gleicher Weise von dem Betroffenen als auch den nichtgeschädigten Mitgliedern der Gemeinschaft akzeptiert werden.

Nach einem Hinweis auf die grundlegende historische Bedeutung des Haftpflichtrechts (Talionsprinzip) soll versucht werden, die Geschichte der MdE-Tabellen zu skizzieren.

Talionsprinzip

Der HNO-Arzt Harald Feldmann (1926–2021), Verfasser eines Grundlagenwerks zur Begutachtung [12], hatte sich eingehend mit den rechtlichen Traditionen der Entschädigung von Verletzungen im Haftpflichtrecht beschäftigt. Die Grundlagen seien bereits im *Codex Hammurabi* (1800 v.Chr.) und den Mosaischen Gesetzen (1100 v.Chr.) angelegt. Prinzip des Haftpflichtrechts sei es, den entstandenen Schaden zu ersetzen. In dem Grundsatz: „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ (Talionsprinzip) sei bereits – neben der Vergeltung – der Anspruch des Geschädigten auf materielle Entschädigung angelegt. Feldmann machte in diesem Zusammenhang auf eine bedeutende Quelle aufmerksam: Der im 12. Jh. in Spanien und Nordafrika wirkende Universalgelehrte Moses Maimonides (ca. 1135–1204 n.Chr.) hinterließ ein umfassendes Werk zur Haftpflichtschädigung. In diesem *Book of Torts* [26] wurde der Talionsgedanke nur noch „als Hilfskonstruktion zur Festsetzung der Entschädigungssummen“ [12] verwendet. Ausführlich beschreibt Maimonides 5 Aspekte der Entschädigung, die bis heute ihre Bedeutung behalten haben:

- Körperschaden,
- Schmerz,
- medizinische Behandlung,
- Arbeitsunfähigkeit,
- Kränkung.

Dem Ersatz der wirtschaftlichen Auswirkungen der Schädigung kommt die entscheidende Bedeutung zu:

» Der wirtschaftliche Verlust ist „eins zu eins“ zu entschädigen

Maimonides erläutert dies an dem ökonomischen Wertverlust eines „Unfreien“ (Sklaven): Verliere der Arbeiter durch einen fremdverschuldeten Unfall eine Hand, dann müsse der Schädiger den Wertverlust, der durch den Schaden bei dem Verkauf des Sklaven auf dem Markt einträte, erstatten. Die Interpretation von Feldmann entspricht auch theologischen Auslegungen des Talionsprinzips [4]. Es liegt nahe, bei dem Verlust einer Hand eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähig-

Tab. 1 Vergleich der Höhe des Bußgeldes in Prozent nach dem Lex Saxonum und der MdE. (Aus Feldmann [12, S. 20])

| Körperschaden | Nach Lex Saxonum | Anteil (%) der maximalen Entschädigung | MdE (%) |
|---|------------------|--|---------|
| Eine Hand abgehauen | 720 | 50 | 50 |
| Beide Hände abgehauen | 1440 | 100 | 100 |
| Beide Füße abgehauen | 1440 | 100 | 70–80 |
| Eine Hand verstümmelt und gelähmt | 360 | 25 | 30–50 |
| Eine Hand verstümmelt, noch aktiv beweglich | 180 | 12,5 | 20–40 |
| Ein Fuß verstümmelt und gelähmt | 360 | 25 | 10–40 |
| Daumen ganz | 360 | 25 | 20 |
| Zeigefinger ganz | 180 | 12,5 | 15 |
| Mittelfinger ganz | 120 | 8,3 | 10 |
| Ringfinger ganz | 120 | 8,3 | 10 |
| MdE Minderung der Erwerbsfähigkeit | | | |

keit („MdE“) von 50% und damit einen Invaliditätsgrad (Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit) von 50% anzunehmen.

Feldmann machte zudem auf die Bewertung von Körperverletzungen nach dem „Lex Saxonum“ aufmerksam. Er setzte das für die Folgen einer Verletzung zu zahlende Bußgeld prozentual in das Verhältnis zur maximalen Schädigung – den Tod des Opfers (100%) – und kam damit zu dem Ergebnis, dass sich die damaligen Entschädigungen (umgerechnet in Prozent) mit den MdE-Werten und den Invaliditätsgraden der Gliedertaxe in hohem Maße deckten. Feldmann verwies nur abstrakt auf das Lex Saxonum; die Ableitung der konkreten Einzelwerte wurde nicht näher erläutert, detaillierte Fundorte wurden nicht angegeben [43]. In **Tab. 1** sind einige Werte zur Illustration wiedergegeben.

Nach Feldmann spiegeln die Einschätzungsempfehlungen die anteilige Einschränkung der Leistungsfähigkeit und den dadurch verursachten wirtschaftlichen Verlust wider. Sie seien zudem Ergebnis eines zeitübergreifenden gesellschaftlichen Konsenses der „gerechten Entschädigung“ von Verletzungen der körperlichen Integrität.

Private Unfallversicherung – Vorläufer der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Ausbreitung des Versicherungswesens war mit der rasch fortschreitenden Industrialisierung und den Gefahren der Produktion verbunden. Die Einführung der Eisenbahnen gab dieser Entwicklung eine neue Dynamik. Zur Absicherung der mit dem Eisenbahnverkehr verbundenen Gefahren und den Folgen anderer unerwarteter Ereignisse mit hohem Schadenspotenzial wurden Haftpflichtversicherungen gegründet. In diesem Umfeld entstanden „als Nebenprodukt“ die ersten privaten Unfallversicherungen. In England wurde 1848 die „Railway Passengers Assurance Company“ gegründet. Die Unternehmen boten den Eisenbahnunternehmen zugleich Gruppenversicherungen für ihre Arbeiter an. Nur kurze Zeit später lässt sich eine vergleichbare Entwicklung in Deutschland nachweisen. Im Jahre 1853 gründeten die Versicherungsgesellschaften „Viktoria“ und „Thuringia“ je eine „Allgemeine Eisenbahnversicherungsgesellschaft“ [14].

Vor 1871 waren die Beweisanforderungen im damaligen Haftpflichtrecht hoch. Im Allgemeinen konnte nur der für ein Unglück unmittelbar Verantwortliche zum Schadenersatz herangezogen werden [13]. Dies änderte sich mit dem Reichshaftpflichtgesetz vom 07.07.1871, das die „Gefährdungshaftung“ eingeführte. Nun war es nicht mehr notwendig, zur Geldtendmachung von erlittenen Schäden ei-

ne individuelle Schuld des Unternehmers oder dessen Beauftragten nachzuweisen.

Der § 1 bestimmte: „Wenn bei dem Betriebe einer Eisenbahn ein Mensch getötet oder körperlich verletzt wird, so haftet der Betriebsunternehmer für den dadurch entstandenen Schaden ...“ Das Gesetz galt auch für Bergwerke, Steinbrüche, Gräbnereien und Fabriken.

Um die mit dem neuen Haftpflichtrecht verbundenen finanziellen Risiken zu minimieren, schlossen die Unternehmer kollektive Unfallversicherungen für ihre Mitarbeiter ab. Damit übertrugen sie die Risiken auf die Versicherungen. Bereits kurz nach Verabschiedung des Reichshaftpflichtgesetzes entstanden 3 Aktiengesellschaften und 4 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (u. a. Gothaer Versicherung), die entsprechende Policen anboten [27].

„Gliedertaxe“

Die Versicherungsbedingungen der frühen privaten Unfallversicherungen unterschieden sich von Gesellschaft zu Gesellschaft erheblich. Die „Rhenania“ (Köln, [10]) versicherte 1873 Personen für „den Fall des Todes“ und oder „den Fall der lebenslänglichen gänzlichen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit (Invalidität)“.

Die volle Versicherungssumme wurde bei dem Tod des Versicherten fällig. Bei „Unfällen, welche völlige Erwerbsunfähigkeit für die ganze Lebensdauer des Betroffenen zur Folge“ hatten, wurde eine lebenslange Rente gewährt. Die volle Invalidität wurde angenommen, bei „Verlust beider Hände oder beider Füße, oder je eines von zweien dieser Glieder, völlige Erblindung beider Augen, vollständige und unheilbare Lähmung“. Bei „Halbinvalidität“ – „Verlust eines Auges, einer Hand oder eines Fußes“ – wurden „50% der vollen Rente“ gezahlt. Die weitere prozentuale Invalidität wurde wie folgt entschädigt:

„Ist die Erwerbsfähigkeit durch die Verletzung zwar dauernd für das ganze Leben, jedoch in noch geringerem Maße als vorstehend angegeben geschädigt, so wird nur eine im Verhältnis der verminderten Erwerbsfähigkeit zu reduzierende Rente gewährt“ [10, S. 4].

In den folgenden Jahren weiteten die Versicherungsgesellschaften ihre Leistungen aus und führten Gliedertaxen ein,

Tab. 2 Gliedertaxe der Kölnischen Versicherungs-Gesellschaft (vor 1889). (Aus Becker [3, S. 13])

| Verlust | Prozentsatz (%) |
|---------------------------------------|-----------------|
| Verlust beider Augen, Arme oder Beine | 100 |
| Verlust eines Auges | 33,5 |
| Verlust rechter Arm | 60 |
| Verlust linker Arm | 40 |
| Verlust eines Beins oder Fußes | 50 |
| Verlust rechter Daumen | Bis zu 22 |
| Verlust linker Daumen | Bis zu 14 |

die eine differenziertere Einschätzung der Unfallfolgen und der auszahlenden Leistungen ermöglichten. Als frühes Beispiel soll die Gliedertaxe der Kölnischen Versicherungs-Gesellschaft angeführt sein (▣ Tab. 2).

» Die „Gliedertaxe“ wird zum Maßstab für die Invalidität in der privaten Unfallversicherung

Bis 1899 hatten alle privaten Unfallversicherungen Gliedertaxen in ihre Policen aufgenommen. Der Schweizer Jurist Paul Hiestand [17] und der Hannoveraner Arzt Ferdinand Bähr [2] publizierten jeweils eine vergleichende Übersicht der Entschädigungssätze (▣ Tab. 3).

1884: Die gesetzliche Unfallversicherung ersetzt die private Unfallversicherung

Das Geschäft der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherungen entwickelte sich nach 1871 sehr vorteilhaft. Die Initiatoren des Reichshaftpflichtgesetzes hatten erhofft, dass die Konflikte zwischen Unternehmern und Beschäftigten durch die Einführung der Gefährdungshaftung und die Förderung der privaten Unfallversicherung abnehmen würden. Diese Erwartung erfüllte sich nicht. Die Betroffenen mussten immer wieder zur Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen ihren Arbeitgeber, dessen Versicherung oder den Betreiber der Eisenbahn klagen. Die Versicherungsgesellschaften waren z.T. wirtschaftlich instabil. Das Ziel, den sozialen Frieden durch eine einvernehmliche Schadensregulierung zu fördern,

wurde mit dem Haftpflichtgesetz nicht erreicht [28, S. 187]. Zudem war nur ein Teil der Beschäftigten, für die das Gesetz bestimmt war, versichert worden. Nach einer Umfrage des Reichsamts des Inneren waren 1881 noch 50% der untersuchten Arbeitsverhältnisse nicht gegen Unfälle versichert [16, S. 60].

» Das geplante Monopol des Staates machte die private Unfallversicherung vorerst überflüssig

Die Mängel der bisherigen Gesetzgebung und der Wunsch, die Arbeiterschaft durch sozialpolitische Entscheidungen zu befrieden, waren ein wesentliches Motiv zur Einführung der gesetzlichen Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung. Für die erst seit kurzer Zeit tätigen privaten Haftpflicht- und Unfallversicherungen stellte die Vorbereitung der Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung das bisherige Geschäftsmodell infrage. Das geplante Monopol des Staates machte die private Unfallversicherung vorerst überflüssig. Die privaten Versicherer blieben der Entwicklung gegenüber nicht gleichgültig: „Gegen die Einführung der Sozialversicherung leisteten dann auch die Unfallversicherer heftigen Widerstand ...“ [8, S. 14].

Reichskanzler Otto von Bismarck hatte im Rahmen einer programmatischen Rede im Reichstag am 02.04.1881 ausdrücklich betont, dass er das Geschäft mit den Unfallversicherungen nicht der privaten Wirtschaft überlassen wolle [46]. Es solle ein gesetzliches „Versicherungsinstitut“ geschaffen werden, das „wohlfeiler und sicherer“ sei als jedes andere.

Gliedertaxe der privaten Unfallversicherung

Die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung als Pflichtversicherung der Arbeiter ausgewählter Industriezweige hatte erhebliche Auswirkungen auf die Privatversicherungen. Die Befürchtungen der Versicherungen sollten sich bestätigen. Mehrere private Versicherungsunternehmen [1] sahen sich nach Einfügung der gesetzlichen Unfallversicherung gezwungen, den Geschäftsbetrieb einzustellen. Die Prämieinnahmen der privaten

Unfallversicherungen schrumpften direkt nach der Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung um mehr als 50%. Sie sanken von 11 Mio. Mark im Jahr auf 4,5 Mio. Mark [8, S. 24].

» Gliedertaxe der privaten Unfallversicherung wird Blaupause für die gesetzliche Unfallversicherung

Immerhin wurde ein Teil der entlassenen Mitarbeiter der privaten Unfallversicherungen von den gesetzlichen Unfallversicherungen übernommen. Sie brachten ihre Erfahrung in die neu gegründeten Berufsgenossenschaften ein. Der Arzt Ferdinand Bähr, der die Modalitäten der Entschädigung zwischen den privaten und gesetzlichen Unfallversicherungen 1899 verglich, wies nach, dass die anfänglichen Vorgaben für die Entschädigungen von Unfallverletzungen der Berufsgenossenschaften von der Praxis der privaten Unfallversicherung geprägt waren:

„Begrifflicherweise hat die durch Gesetz eingeführte Unfallversicherung von der privaten profitiert, sie hat sich dieselben schon deshalb angeeignet, weil Beamte der letzteren bei der ersteren thätig wurden und es lässt sich leicht erkennen, wie die Grundsätze der Entschädigung aus der Privatunfallversicherung bezogen wurden“ ([2, S. 5]; ▣ Abb. 1).

Diese Argumentation ist plausibel, auch Ludwig Becker, Verfasser des ersten Handbuchs der Begutachtung [3], äußerte sich in gleicher Weise. Der Autor verglich die Tabellen der Kölnischen Versicherung mit denen der „Konferenz von Ärzten der Eisenbahn-Werkstätten“ (um 1888) der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Entschädigungstabellen der gesetzlich versicherten Eisenbahnarbeiter orientierten sich an den Vorgaben der privaten Unfallversicherung. Ausgewiesen wurde der „Grad der Einbußen der Arbeitsfähigkeit“ (▣ Tab. 4).

Metamorphose der Gliedertaxe: Aus „Invalidität“ wird „Erwerbsminderung“

Die Gliedertaxen der privaten Unfallversicherungen unterschieden sich nur graduell von den Werten der gesetzlichen Unfallversicherungen: Becker konstatierte:

Tab. 3 Synopse der Gliedertaxen der privaten Versicherungsgesellschaften 1900–1901 nach Bähr und Hiestand

| Versicherung | Rechts | | | | | | | | | | Links | | | | | | | | | | Bein | | | | |
|--|-----------|-----------|--------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|-----|------|--------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|------|------|-----|---------------|-------------------|--|------|--|--|--|--|
| | Arm | Hand | Daumen | Zeige- finger | Mittel- finger | Ring- finger | Klein- finger | Arm | Hand | Daumen | Zeige- finger | Mittel- finger | Ring- finger | Klein- finger | Bein | Bein | Fuß | Große Zehe | Übrige Zehe je | | | | | | |
| Königliche Unfall-Versicherungs- Actien-Gesellschaft | 60 | 60 | 25 | 16 | 10 | 10 | 14 | 50 | 50 | 18 | 12 | 7 | 7 | 8 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | |
| Vaterländische Lebens-Versi- cherungs Actien-Gesellschaft Elberfeld | 60 | 60 | 25 | 14 | 8 | 8 | 18 | 40 | 40 | 18 | 10 | 6 | 6 | 10 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | |
| Urania, Dresden | 60 | 60 | 22 | 12 | 6 | 6 | 14 | 40 | 40 | 14 | 8 | 4 | 4 | 10 | 50 | 50 | 50 | - | 3 | | | | | | |
| Preuss National Versicherung Stettin | 66 2/3 | 66 2/3 | 27 | 15 | 9 | 9 | 15 | 45 | 45 | 18 | 10 | 6 | 6 | 10 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | |
| Wilhelma, Magdeburg | 60 | 60 | 22 | 12 | 6 | 6 | 14 | 40 | 40 | 14 | 8 | 4 | 4 | 10 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | |
| Rhenania, Köln | 60 | 60 | 25 | 17 1/2 | 7 1/2 | 7 1/2 | 17 1/2 | 50 | 50 | 17 1/2 | 12 | 7 1/2 | 7 1/2 | 7 1/2 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | |
| Basler Lebensversicherung | 60 | 55 | 22 | 12 | 6 | 6 | 10 | 50 | 40 | 15 | 10 | 6 | 6 | 8 | 50 | 30 | 30 | - | - | | | | | | |
| Frankfurter Transport-, Unfall-, Glas-Versicherung | 60 | 60 | 25 | 16 | 10 | 10 | 12 | 50 | 50 | 18 | 12 | 7 | 7 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Teutonia, Leipzig | 50 | 50 | - | - | - | - | - | 50 | 50 | - | - | - | - | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Victoria, Berlin | 50 | - | 20 | 12 | 6 | 6 | 10 | 50 | - | 15 | 8 | 6 | 6 | 50 | 50 | - | - | - | | | | | | | |
| Schweizerische Unfallversiche- rung, Winterthur | 60 | 60 | 22 | 12 | 8 | 8 | 10 | 50 | 50 | 18 | 10 | 7 | 7 | 50 | 50 | 50 | 8 | 3 | | | | | | | |
| Internationale Unfallversicherung, Wien | 60 | 60 | 18 | 14 | 8 | 6 | 12 | 50 | 50 | 16 | 12 | 8 | 6 | 10 | 50 | 50 | 5 | 3 | | | | | | | |
| Fonciere, Buda-Pest | 60 | 60 | 20 | 15 | 5 | 5 | 15 | 50 | 50 | 15 | 10 | 5 | 5 | 10 | 50 | 50 | 5 | 3 | | | | | | | |
| Erste Österreichische Unfallversi- cherung, Wien | 60 | 60 | 18 | 14 | 8 | 8 | 12 | 50 | 50 | 16 | 12 | 6 | 6 | 10 | 50 | 50 | 5 | 3 | | | | | | | |
| Allianz, Berlin | 60 | 60 | 25 | 15 | 7 | 7 | 15 | 50 | 50 | 18 | 10 | 7 | 7 | 10 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Providentia, Frankfurt | 60 | 60 | 25 | 15 | 5 | 5 | 10 | 40 | 40 | 12 | 10 | 4 | 4 | 10 | 50 | 50 | 10 | 3 | | | | | | | |
| Allgem. Deutsche Versicherung, Stuttgart | 50 | 50 | 25 | 15 | 10 | 10 | 10 | 50 | 50 | 20 | 12 | 10 | 10 | 10 | 50 | 50 | 10 | 5 | | | | | | | |
| Thuringia, Erfurt | 60 | 60 | 25 | 12 | 10 | 6 | 14 | 40 | 40 | 15 | 10 | 6 | 5 | 8 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Friedrich Wilhelm, Berlin | 60 | 60 | 22 | 12 | 6 | 6 | 14 | 40 | 40 | 14 | 8 | 4 | 4 | 10 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Victoria, Berlin, Eisenbahnun- glück-Versicherung | 50 | 50 | - | - | - | - | - | 50 | 50 | - | - | - | - | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Neptun, Frankfurt | 60 | 60 | 22 | 12 | 6 | 6 | 14 | 40 | 40 | 14 | 8 | 4 | 4 | 10 | 50 | 45 | - | - | | | | | | | |
| Allgem. Unfall-, Haftpflicht-Ver- sicherungs Actien-Gesellschaft, Zürich | 50 | 50 | - | - | - | - | - | 50 | 50 | - | - | - | - | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |
| Oberrhein. Versicherungs-Gesell- schaft, Mannheim | 60 | 60 | 25 | 17 1/2 | 7 1/2 | 7 1/2 | 17 1/2 | 50 | 50 | 17 1/2 | 12 | 7 1/2 | 7 1/2 | 50 | 50 | 50 | - | - | | | | | | | |

Tab. 4 Vorschläge zur Einschätzung der Erwerbsminderung durch die „Konferenz von Ärzten der Eisenbahn-Werkstätten“ (um 1888) der gesetzlichen Unfallversicherung. (Aus Becker [3, S. 13])

| Verlust | Prozentsatz (%) |
|---|-----------------|
| Verlust beider Augen, beider Arme, beider Hände, beider Beine, beider Füße, je ein Arm, eine Hand und ein Fuß | 100 |
| Verlust rechte Hand | 60 |
| Verlust Fuß | 50 |
| Verlust linke Hand | 40 |
| Verlust rechter Daumen | 33 1/3 |
| Verlust ein Auge | 22 |
| Verlust linker Daumen | 14 |
| Verlust linke Hand | 14 |
| Verlust übrige Finger, rechte Hand | 6 |
| Verlust übrige Finger, linke Hand | 4 |

„Die meisten Versicherungs-Gesellschaften und Berufsgenossenschaften richten sich nach diesen oder ähnlichen Sätzen“ [3, S. 13]. Wesentliche Bezugspunkte beider Versicherungen blieben gleich. Die aus der privaten Unfallversicherung kommende Gliedertaxe wurde zum festen Bestandteil der gesetzlichen Unfallversicherung (Abb. 2).

Zuvor musste ein Weg gefunden werden, die Höhe der Entschädigungen nach der Gliedertaxe, die die *Unternehmerhaftpflicht* ablöste, zu begründen. Dabei galtes in der Terminologie des Haftpflichtrechts zu bleiben. Der Verlust der körperlichen Integrität (Invalidität) wurde in die „Erwerbsminderung“ (EM) bzw. die „Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ (MdE) umdefiniert. Die Werte der Gliedertaxe für den Verlust eines Armes oder eines Beines finden ihre Entsprechungen in der Höhe der MdE. Nach der Einführung des Unfallversicherungsgesetzes überließ der Reichstag den Berufsgenossenschaften und dem Reichsversicherungsamt (RVA) die Definition der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Maßgeblich wurde die Entscheidung des RVA vom 26.11.1887:

„Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eines Verletzten im Allgemeinen darf nicht lediglich das bisherige Arbeitsfeld des zu Entschädigenden und der Verdienst, welchen er etwa nach der Ver-

letzung noch hat, in Rücksicht gezogen werden. Vielmehr ist einerseits der körperliche und geistige Zustand in Verbindung mit der Vorbildung desselben zu berücksichtigen und andererseits zu erwägen, welche ‚Fähigkeit‘ ihm zuzumessen sei, auf dem Gebiete des wirtschaftlichen Lebens sich einen ‚Erwerb‘ zu verschaffen (‚Erwerbsfähigkeit‘). Es soll ihm nach dem Gesetze derjenige wirtschaftliche Schaden, welcher ihm durch die Verletzung zugeführt worden ist, ersetzt werden, und dieser Schaden besteht in der Einschränkung der Benutzung der dem Verletzten nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen Fähigkeiten auf dem ganzen wirtschaftlichem Gebiet sich bietenden Arbeitsgelegenheiten“ [3, S. 8–9, 31, S. 164–168].

Diese Interpretation hat bis heute Bestand. In dem seit 01.01.1997 gültigen SGB VII, „Gesetzliche Unfallversicherung“, wird der MdE im § 56.2 definiert, sie „... richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens“. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schließt sich bis heute nahtlos an die Entscheidung des Jahres 1887 an.

Die „Umetikettierung“ von „Invalidität“ in MdE konnte reibungslos umgesetzt werden, da die Werte der Gliedertaxe historisch gewachsen und gesellschaftlich akzeptiert waren. Sie waren die zeitgemäße Interpretation des „Talionsprinzips“ und galten als „gerecht“.

» Die Berufsgenossenschaften orientieren sich an der Gliedertaxe

Das Reichsversicherungsamt und der Gesetzgeber des SGB VII waren sich allerdings nicht bewusst, dass sie das Talionsprinzip übernahmen. Hätten sich die MdE-Werte tatsächlich an den Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt orientiert, wären diese seit 1884 bis in die Gegenwart z.B. bei Amputationen kontinuierlich gesunken. Ein immer kleinerer Anteil der Beschäftigten übt körperlich anstrengende Arbeiten aus. Zudem hat sich die Prothesentechnik vom Stelzbein des 19. Jh. bis zum C-Leg kontinuierlich weiterentwickelt [42]. Heute können Beinam-

putierte auch Arbeiten z.T. im Stehen und im Gehen ausüben; Tätigkeitsbereiche, die ihnen 100 Jahre zuvor verschlossen waren (Tab. 5).

Allerdings bewahrte sich die gesetzliche Unfallversicherung einen größeren Spielraum bei der Entschädigung [15]. Während die Bedingungen der privaten Unfallversicherung eine höhere Entschädigung bei dem Verlust eines Teils oder der ganzen Gliedmaße per Definition ausschlossen, stellte die gesetzliche Unfallversicherung auf die konkrete Beeinträchtigung und die damit verbundene fiktive MdE ab. Zudem wurden die Finger-Verletzungen nicht mehr individuell nach der Gliedertaxe entschädigt, sondern in die MdE „umgerechnet“. Um den Ärzten, der Verwaltung und den Gerichten diese Umrechnung zu erleichtern, finden sich bis heute in den Standardwerken für die Begutachtung [29, 41] Abbildungen, die die Umrechnung der „Gliedertaxe Finger“ in die MdE erleichtern. Die Abbildungen gehen auf Entscheidungen des RVA zurück, die von Liniger publiziert und Claus [9] visualisiert wurden. Während die Begutachtung von Finger-Verletzungen nach der Gliedertaxe in der privaten Unfallversicherung bis heute Bestand hat, tat und tut sich die gesetzliche Unfallversicherung mit der Umrechnung von Fingerwerten in MdE-Werte schwer. Liniger benötigte 92 Seiten, um seinen Lesern die Höhe der MdE (damals EM) bei Finger-Verletzungen zu erklären [20]. Für die häufigste knöcherner Verletzung des Menschen, die distale Radiusfraktur, kam Liniger mit 6 Seiten aus (Abb. 3).

Entwicklung der MdE- und Invaliditätstabellen ab 1900

Nach 1900 erschien eine Vielzahl von ausführlichen Monografien zur gesetzlichen Unfallversicherung. Die private Unfallversicherung trat stark in den Hintergrund, z.T. wurde sie in den Publikationen erst gar nicht mehr erwähnt. Paul Sudeck (1866–1945), Namensgeber der „akuten Knochenatrophie“ („Morbus Sudeck“, komplexes regionales Schmerzsyndrom [CRPS]) veröffentlichte im Anhang des Werkes *Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiet der Unfall- und Invalidenversicherung* [39] eine ausführliche und



Abb. 1 ▲ Der Hannoveraner Orthopäde Ferdinand Bähr veröffentlichte 1899 eine erste Monografie mit Tabellen zur Einschätzung von Dauerschäden in der privaten und gesetzlichen Unfallversicherung

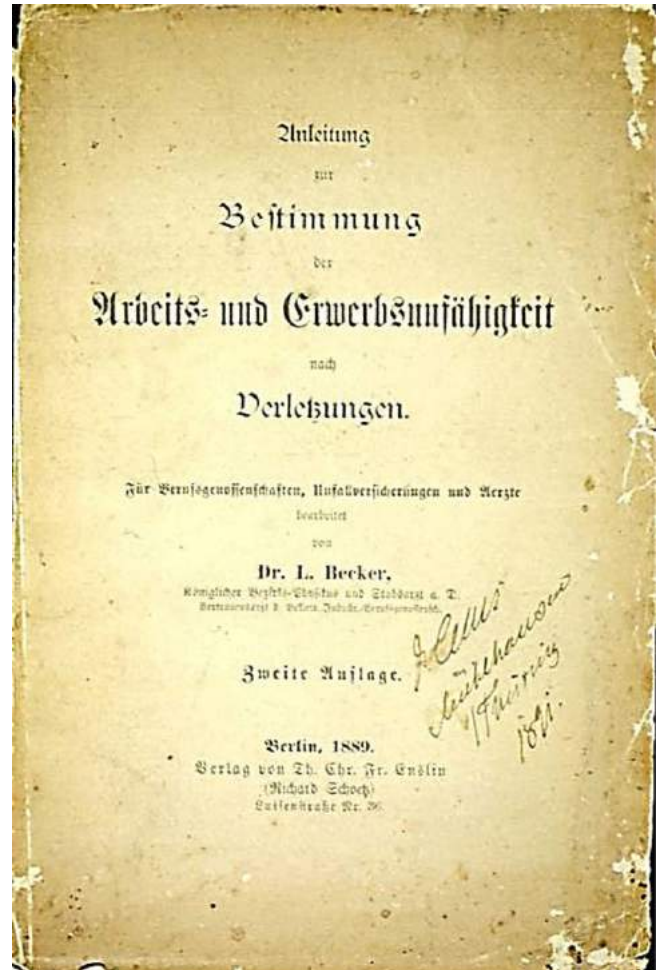


Abb. 2 ▲ Neben dem Leitfaden zur Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung verfasste Ludwig Becker ein Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, das bis 1907 in 5 Auflagen erschien

vergleichende Tabelle zur Einschätzung der Erwerbsminderung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Er stellte die Empfehlungen von Kaufmann [18], Thiem [47], Blasius, Golebiewski [14], Bode, Bähr sowie das „Wiener Schema“ (ausführlich: [2, S. 43–67]) in einer Synopse nebeneinander dar ([45, S. 234–241]; ■ **Abb. 4**).

Die Begutachtung sei ein *zentraler Bestandteil der Unfallheilkunde*. Die Behandlung der Verletzungen gehöre in die Lehrbücher der Chirurgie. Sudeck beschränkte sich explizit auf die Begutachtung. Er empfahl dem begutachtenden Arzt, in 3 Schritten vorzugehen:

1. Feststellung des Ausfalls der Funktion,
2. Feststellung des Ausfalls an Arbeitsfähigkeit,
3. Feststellung der Erwerbsfähigkeit, d. i. die Überlegung, welchen Einfluss der festgestellte Ausfall der Arbeits-

fähigkeit auf den Erwerb ausüben wird.

Sudeck war sich der Grenzen der medizinischen Begutachtung bewusst; nach der Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigung sei der eigentliche Teil der ärztlichen Arbeit erfüllt:

„Eigentlich ist hiermit die Aufgabe des Arztes beendet und könnte es auch sein, wenn die Übertragung des Medizinischen ins Technische recht vollständig gegeben ist. Meistens wird vom Arzte noch verlangt, dass auch er seine Ansicht über den Grad der verlorenen Erwerbsfähigkeit in Prozenten zu Buch gibt“ [45, S. 230].

Die Tabellen seien das Ergebnis der medizinischen Erfahrung und rechtlichen Überprüfung:

„Eine gesetzlich festgelegte Rentenskala oder dergleichen haben wir nicht. Wir

verfügen aber über Tabellen, in denen erfahrene Gutachter durch Sammlung und Auszüge aus Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, durch die Praxis der Berufsgenossenschaften und durch eigene Überlegungen uns Normen bieten, nach denen man sich richten kann. Diese Tabellen beziehen sich selbstverständlich auch nur auf unkomplizierte Schädigungen, sozusagen auf ‚normale Verletzungen‘, insofern sie durch den glatten Verlust von ganzen Gliedern oder von Teilen, und durch den Ausfall einer bestimmten Funktion eines Gliedes sich ausdrücken lassen“ ([45, S. 230]; ■ **Abb. 5**).

| Tab. 5 Ursprung der heutigen MdE-Werte der gesetzlichen Unfallversicherung: Die Berufsgenossenschaften orientieren sich an den Gliedertaxen der privaten Unfallversicherung. (Nach Bähr [2]) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|-----------|-----------|--------------|---------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|--------|--------------|---------------|-------------|--------------|-----------|---|-----|------------|
| Versicherung | | Rechts | | | | | | Links | | | | | | Bein | | | | | |
| | | Arm | Hand | Daumen | Zeige-finger | Mittel-finger | Ring-finger | Klein-finger | Arm | Hand | Daumen | Zeige-finger | Mittel-finger | Ring-finger | Klein-finger | Bein | Unterschenkel mit Erhalt von Kniegelenk und Fuß mit Stützapp. ... | Fuß | Große Zehe |
| Nordöstliche Baugewerks Berufsgenossenschaft Sektion V Ostpreußen | | 70-80 | 70-80 | 22,4 | - | - | - | 60-70 | 60-70 | 19 | - | - | - | - | 50-70 | - | 50-6 | - | - |
| Nordöstliche Baugewerks Berufsgenossenschaft Sektion II Ostpreußen | | 70-80 | - | 20-25 | 14-18 | 10-13 | 7-9 | 60-70 | - | - | - | - | - | 50-70 | - | 50-60 | - | - | - |
| Knappschafts Berufsgenossenschaft | | 75 | 66 2/3 | 25 | 15 | 12 | 10 | 70 | 50-60 | 20 | 15 | 12 | 10 | - | 50 | 50 | 10-15 | - | - |
| Bayrische Baugewerks Berufsgenossenschaft | | 70-80 | - | 34-36 | 16-18 | 12-14 | 8-10 | 60-70 | - | 19-22 | 14-16 | 11-13 | 7-8 | 50-70 | - | 40-60 | 17-25 | 3-5 | - |
| Müllerei Berufsgenossenschaft | | 75 | 66 2/3 | 25 | - | - | - | 60 | 50 | 20 | - | - | - | 75 | - | 50-66 2/3 | - | - | - |
| Bayrische Holzindustrie Berufsgenossenschaft | | 70-80 | 70-80 | 22-26 | 16-18 | 13-14 | 8-10 | 60-70 | 60-70 | 19-22 | 14-16 | 11-13 | 7-8 | 50-70 | - | 50-60 | 30-36 | 3-6 | - |
| Zucker Berufsgenossenschaft | | 75-80 | 66-2/3-70 | 20 | 15-25 | - | - | 66 2/3-70 | 60 | 20 (-30) | 10-20 | - | - | 75 | 50-66 2/3 | 40 | 10 | - | - |
| Norddeutsche Textilberufsgenossenschaft | | 70-75 | 60-66 2/3 | 25-33 1/3 | 15-20 | 12,5-15 | 10-12,5 | 60-66 2/3 | 50 | 15-20 | 10-15 | 10 | 10 | 70-75 | 66 2/3-70 | 50 | 10-15 | - | - |
| BG Feinmechanik | | 66 2/3-80 | 66 2/3-75 | 20-30 | 15-25 | 10-20 | - | 25-33 1/3% weniger als rechts | 25-33 1/3% weniger als rechts | - | - | - | - | 50-75 | - | - | - | - | - |
| Brauerei und Mälzerei Berufsgenossenschaft Sektion IX | | 75 | 60-70 | - | - | - | - | 60 | 50-60 | - | - | - | - | 75 | - | - | - | - | - |
| Hannoversche Bergwerks Baugewerks Genossenschaft | | 75 | 75 | 25-30 | 15 | 10 | 10 | 60 | 60 | 20 | 15 | 10 | 10 | 75-90 | 60-75 | - | - | 0 | - |

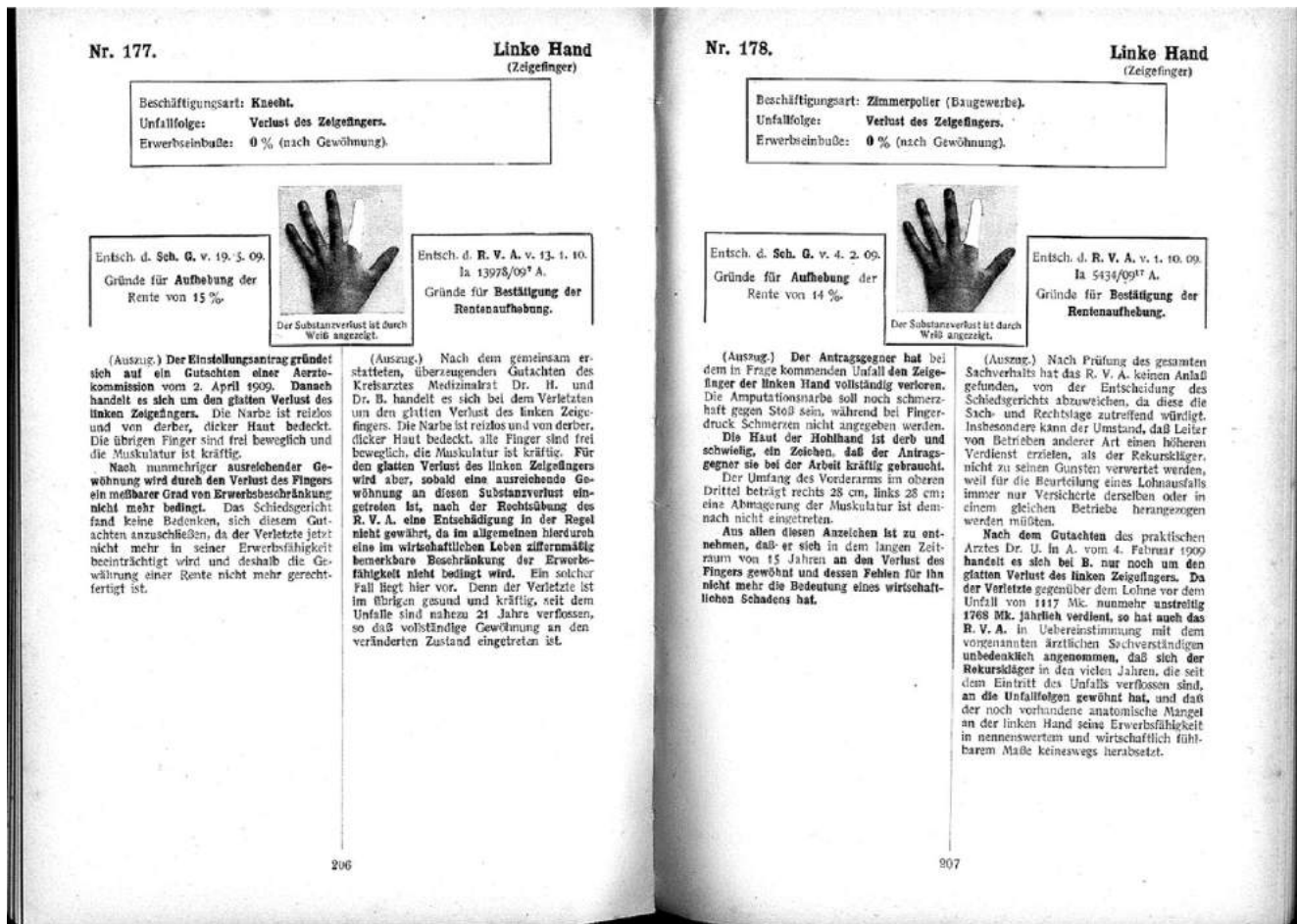


Abb. 3 ▲ Der Ursprung der Fingertabellen der aktuellen Begutachtungswerke geht u. a. auf eine Zusammenstellung von Gerichtsurteilen zu Fingerverletzungen zurück, die von Claus [9, S. 206–207] zusammengestellt wurde und 1910 bereits in 4. Auflage erschien

Bedeutung der medizinischen Begutachtung für die Institutionalisierung der Unfallchirurgie

Die Geschichte der Begutachtung ist eng mit der Institutionalisierung der Unfallchirurgie verbunden. Zwipp [51, 50] dokumentierte detailliert die Entstehung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Einer ihrer Initiatoren war Prof. Hans Liniger (1863–1933), Chefarzt der Allgemeinen Versicherungs AG in Frankfurt am Main. Liniger wurde zum 1922 zum 1. Vorsitzenden der „Deutsche[n] Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versorgungs- und Versicherungsmedizin“, der heutigen „Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie“, gewählt.

Liniger war zugleich der Autor weit verbreiteter Werke, die z. T. bis in die Gegenwart immer wieder aufgelegt wurden. Sein

Rentenmann [21] erschien 1925 in der 2. Auflage. Liniger publizierte die gängigen Rentensätze für Verletzungen und wurde damit zum Vorbild aller künftigen Begutachtungsleitfäden – bis hin zur aktuellen Auflage des Standardwerks von Schönberger et al. [41]. Besonders illustrativ ist das auszuklappende 3-seitige Schema eines Mannes, an dem die prozentualen Grade der Erwerbsminderung ([21], Anhang) dargestellt werden. Der *Rentenmann* war erfolgreich; das Buch erlebte bis 1945 zehn Auflagen und wurde nach dem Tod Linigers von Molineus herausgegeben (▣ Abb. 6).

Im Jahr 1928 wurde die erste Auflage des Werks *Der Unfallmann* von Liniger und Molineus [23] veröffentlicht. Gedacht war diese als „Vademekum für begutachtende Ärzte, Berufsgenossenschaften und Spruchbehörden in medizinischen Fragen“. Ganz überwiegend wurden Themen der gesetzlichen Unfallversicherung

behandelt. Der Unfallmann erschien bis 1945 in insgesamt 5 Auflagen. Die 14. Auflage erschien 2023 unter der Herausgeberschaft von E. Ludolph.

Liniger gab gemeinsam mit Weichbrodt und Fischer das umfassende *Handbuch der ärztlichen Begutachtung* [22] heraus, das 1931 im J.A. Barth Verlag erschien. Dem zweiten Herausgeber, Prof. Raphael Weichbrodt, Psychiater und Neurologe aus Frankfurt a. M., wurde die Lehrbefugnis 1933 als „Nichtarier“ entzogen. Eine Emigration in die USA scheiterte. Im Mai 1942 wurde Weichbrodt deportiert. Er traf am 30.05.1942 im KZ Mauthausen in Österreich ein. Weichbrodt starb einen Tag nach seiner Ankunft im KZ. Als Todesursache wurde „Herzversagen“ angegeben. Die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der 1. Auflage war jüdischen Glaubens; es gelang ihnen zu emigrieren. Die zweite „arisierte“ Auflage erschien 1939; weitere

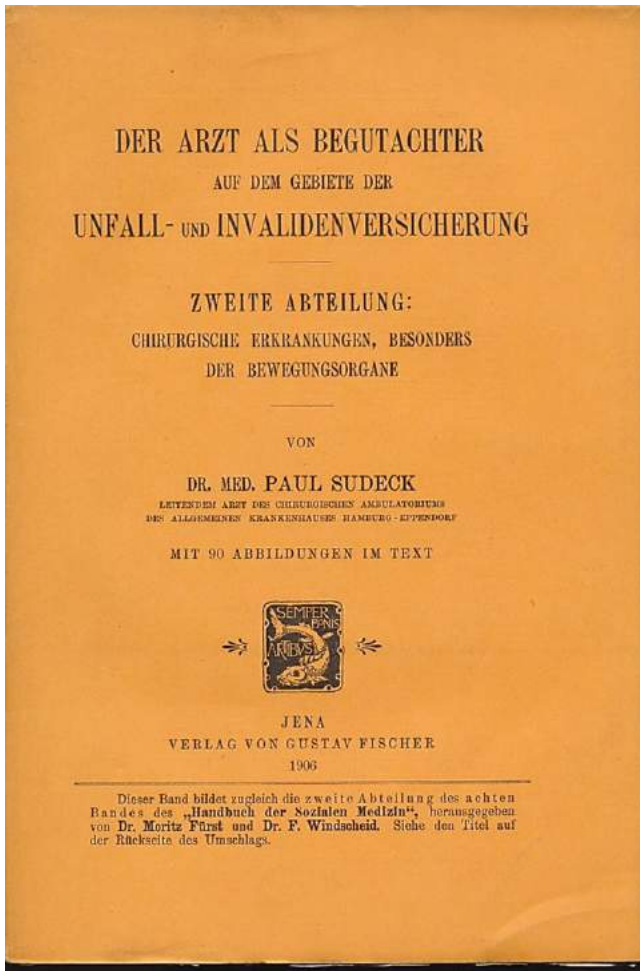


Abb. 4 ◀ Das von Paul Sudeck verfasste Handbuch der chirurgischen Begutachtung ist noch heute beispielgebend. Frei von subjektiven Einflüssen beschreibt Sudeck den Begutachtungsprozess in allen Einzelheiten. Das Gutachten sollte sowohl für den Verletzten als auch die Verwaltung oder das Gericht verständlich und nachvollziehbar sein

Ausgaben brachte der Verlag in den Jahren 1955 und 1968 heraus. Die unterschiedlichen Auflagen spiegeln die politischen Veränderungen mit großer Deutlichkeit wider.

Ausschließlich der unfallchirurgischen Begutachtung war das von dem Chefarzt der BG-Unfallklinik in Murnau, Alfons Lob, herausgegebene *Handbuch der Unfallbegutachtung* [24] gewidmet. Das Erscheinen der 3 Bände zog sich über die Jahre von 1961–1973 hin. Die Verzögerung, der Umfang und die Detailliertheit der Darstellungen dürften einer weiteren Verbreitung hinderlich gewesen sein. Ein Zeichen für die zunehmende Bedeutung der Unfallchirurgie war das in mehreren Auflagen erschienene *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Die 1. Auflage in 4 Bänden wurde von Fritz König und Georg Magnus von 1932–1934 [19] herausgegeben. Die folgenden Auflagen erschienen in den Jahren 1955 und 1956 [6] sowie 1963–1966 [7] unter der Herausgeberschaft von Bürkle

de la Camp, Rostock und Schwaiger. Neue Impulse zur Entwicklung der MdE-Werte gingen von den genannten Werken nicht aus.

Entstehung aktueller Standardwerke der unfallchirurgisch-orthopädischen Begutachtung

Der 1935 erschienene Leitfaden *Unfall-Begutachtung* [34] von Paul Rostock (1892–1956) geht von den klinischen Befunden der Verletzten aus. Rostock war am Klinikum „Bergmannsheil“ in Bochum tätig war, er wechselte 1935 an die chirurgische Universitätsklinik nach Berlin und nahm von 1942 bis 1945 die Funktion des Dekans der medizinischen Fakultät wahr. Rostock wurde im Nürnberger Ärzteprozess angeklagt, jedoch mangels Beweise freigesprochen. Die Veröffentlichung enthält „die wichtigsten Rentensätze“ [34, S. 83–91]. Die Tabellen wurden nicht von medizinischen Erwägungen abge-

leitet; Rostock betonte, dass diese auf den Entscheidungen der Spruchbehörden beruhten:

„Alle diese Rentensätze dürfen aber nicht als absolute Zahlen und starre Normen angesehen werden. Sie sollen vielmehr dem begutachtenden Arzt als Anhaltspunkt und Richtlinie dienen, die er in dem gerade vor ihm liegenden Einzelfall annehmen kann, von denen er aber abweichen muss, wenn die Wirklichkeit mit dem Schema nicht übereinstimmt ...“ Die aufgeführten Zahlen seien deshalb nur als „Richtzahl“ aufzufassen [34, S. 83]. Die 2. Auflage erschien 1951 [36] mit nur geringen Überarbeitungen und neuen Schaubildern, in denen auch die Rentensätze für Pseudoarthrosen und Versteifungen grafisch dargestellt wurden (▣ Abb. 7).

Die 3. Auflage wurde nach dem Tod von Rostock 1957 unter der Federführung von Sebastian Imhof und Rasso Wegmann [35] veröffentlicht. „Die wichtigsten Rentensätze“ stellte Eckhard Günther zusammen. Das Werk wurde bis in die Gegenwart immer wieder neu aufgelegt. Für die aktuelle 14. Auflage zeichnen Friedrich Mehrhoff, Axel Ekkernkamp und Michael Wich verantwortlich. Die Tabellen zur MdE umfassen eine große Zahl von Funktionsbeeinträchtigungen von „Kopf bis Fuß“. Für die jeweiligen Dauerfolgen werden Vorschläge für die MdE gemacht [29].

Vorschläge für die Weiterentwicklung der MdE-Werte aus medizinischer Sicht

In den letzten Jahrzehnten wurden die Bewertungsvorschläge für die gesetzliche und private Unfallversicherung – auch in Anbetracht der besseren Behandlungsergebnisse Unfallverletzter – immer wieder in den orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgesellschaften diskutiert. Auf die Bedeutung der medizinischen Diskussionen wies der Chirurg Martin Reichenbach – unter Bezug auf die private Unfallversicherung – hin: „Die Bewertungsvorschläge ... berücksichtigen die Beratungen im ‚Arbeitskreis für Begutachtung der DOGT‘ (Leiter Prof. Dr. G. Rompe) in den letzten zurückliegenden 17 Jahren und die Bewertungsempfehlung der einschlägigen Literatur“ [30].“ Reichenbach machte damit auf einen Leitfaden zur Begutach-

| Verletzungsfolgen | nach KAUFMANN | | nach THIRM | |
|---|--|----------------|--|----------------------|
| | rechts Proz. | links Proz. | rechts Proz. | links Proz. |
| IV. Die Finger¹³⁾. | | | | |
| 1. Der Daumen. | | | | |
| Verlust mitsamt dem Mittelhandknochen | — | — | verloren $\frac{1}{4}$ Hand ¹³⁾ 33 $\frac{1}{2}$ —35 | 25—30 |
| Verlust beider Endglieder ohne den Mittelhandknochen | 25—30 ¹⁴⁾ | 20 | 23—25 | 16—20 ¹⁵⁾ |
| Verlust des Endgliedes ohne Teilverlust des Endgliedes | Grobarbeiter 0 qualifizierte Arbeiter ¹⁶⁾ 10 | 0 10 | 12 $\frac{1}{2}$ | 10 |
| Versteifung beider Glieder in günstiger Stellung bei beweglichem Mittelhandknochen ¹⁷⁾ | 10—20 | 10—20 | höchstens 20 | 15 |
| Versteifung des Endgliedes | 5—15 | 5—15 | nur in der ersten Zeit 10 | 10 |
| 2. Der Zeigefinger¹⁸⁾. | | | | |
| Verlust aller Glieder | 10—15 | 10—15 | 15 | 15 |
| Verlust beider Endglieder | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Verlust des Nagelgliedes | Grobarbeiter 0 Feinarbeiter ¹⁹⁾ 10 | 0 10 | 10 | 10 |
| Versteifung des ganzen Zeigefingers oder des Mittelgelenkes | 10—20 | 10—20 | — | — |

| nach BLARIUS | | nach GOLEBIEWSKI | | nach BODE | | nach BÄHR | | nach dem Wiener Schema ²⁾ |
|---|-----------------------|------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| rechts Proz. | links Proz. | rechts Proz. | links Proz. | rechts Proz. | links Proz. | rechts Proz. | links Proz. | Proz. |
| 30 | 20 | — | — | — | — | — | — | 25—33 $\frac{1}{2}$ |
| 30 | 20 | 30 | 25 | 33 $\frac{1}{2}$ | 20 | 30 | 25 | 25—33 $\frac{1}{2}$ |
| 0—15 Endgl. + $\frac{1}{2}$ Grundgl. 20 | 0—5 Grundgl. 10 | — | — | 20 das halbe Endglied 10 | 10 5 | 15 | 12 | 8 $\frac{1}{2}$ —16 $\frac{1}{2}$ |
| — | — | — | — | — | — | — | — | 25—33 $\frac{1}{2}$ |
| — | — | — | — | — | — | — | — | 8 $\frac{1}{2}$ |
| 15 | 10 | 15 | 10 | 20 | 15 | 15 | 12 | 16 $\frac{1}{2}$ —25 |
| — | — | — | — | 10 | 10 | 15 | 12 | 8 $\frac{1}{2}$ —16 $\frac{1}{2}$ |
| — | — | — | — | 0 | 0 | gewöhnlich ¹⁹⁾ 0 | 0 | 0 |

Abb. 5 ▲ Zusammenstellung von Tabellen von glatten Schäden, Ausschnitt: Daumen und Zeigefinger. (Aus Sudeck [45, S. 236—237])

Liniger, Rentenmann, 2. Aufl.

Unfallfolgen im Bereiche des Kopfes:

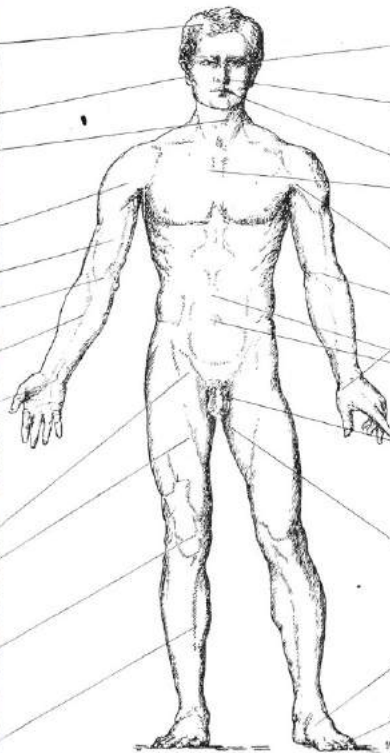
| | |
|---|--------------------|
| Ableitend wirkende Entstellung des Gesichtes, die den Umgang mit Menschen erschwert | 20—60% |
| Scaplierung bei Mitleiden (dazu Lieferung und Installation der Perücke) | 33 $\frac{1}{2}$ % |
| Einseitig leichte, bis mittlere Schwachsichtigkeit | 0% |
| Einseitige Taubheit | 10—12% |
| Doppelseitige mittlere Schwachsichtigkeit | 12% |
| Doppelseitige erhebliche Schwachsichtigkeit | 25% |
| Doppelseitige Taubheit | 33—40% |
| Verlust einer Ohrmuschel beim Mann | 0% |
| Verlust einer Ohrmuschel bei Frau (essentielle Entstellung) | 10% |
| Luftröhrenschlitze; Kante mit getrunen werden | 50% |

Unfallfolgen im Bereiche des rechten Armes:

| | |
|--|--------|
| Völlige Gebrauchsunfähigkeit = Verlust | 75% |
| Vollkommen steifes Schultergelenk | 41—50% |
| Nicht eingetragene Schulterverrenkung | 21—24% |
| Habituelle Schulterverrenkung (Arm nicht sich sehr oft aus) | 25% |
| Arm bis Wagerechte zu heben | 15% |
| Lähmung des großen Sägezahnmuskels | 20% |
| Oberarmbruch, nicht knöchern verheilt (Stützapparat nötig) | 50% |
| Ellenbogengelenk, in Streckstellung steif | 25% |
| Ellenbogengelenk, im rechten Winkel steif (beste Stellung) | 40% |
| Ellenbogenschultergelenk (Stützapparat nötig) | 25% |
| Ellenbogengelenk, zwischen 90 und 150 Grad zu bewegen, Arm geschwächt | 15% |
| Oberarmbruch, nicht knöchern verheilt, Arm leicht geschwächt | 10% |
| Vorderarmbruch, nicht knöchern verheilt (Stützapparat nötig) | 50% |
| Vorderarm in Mittellage, Endbewegungen des Armes aufgehoben, Arm geschwächt | 20% |
| Speichenbruch, leicht schief verheilt, Handgelenk zu $\frac{1}{2}$ behindert | 15% |
| Speichenbruch, erheblich schief verheilt, Handgelenk zu $\frac{1}{2}$ verstellt, Arm leicht geschwächt | 16% |
| Handgelenk in gerader Stellung verstellt (beste Stellung) | 40% |
| Handgelenk in $\frac{1}{2}$ Beugung oder halber Überstreckung verstellt | 25% |
| Lähmung des Speichenerven und Nervenleitung mit passiver Schiene | 40% |
| Lähmung des Ellenbogens | 35—40% |
| Lähmung des Mittel- und Ellenbogens | 10% |
| Lähmung des Ellen- und Speichenerven | 25% |
| Lähmung der drei Nervenstämme | 25% |

Beine:

| | |
|--|--------------------|
| Völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beins | 75% |
| Versteifung der Hüfte in günstiger Stellung 30%, in ungünstiger Stellung | 50% |
| Schnappende Hüfte | 25% |
| Oberarmbruch, 3 cm Verkürzung, Gelenke gut, Bein leicht geschwächt | 15% |
| Oberarmbruch, bis zu 3 cm Verkürzung, Gelenke gut, Bein leicht geschwächt | 0% |
| Knieer Muskellbruch oder Muskelriß in Quadriceps | 33 $\frac{1}{2}$ % |
| Knie im Winkel 175 Grad (beste Stellung) steif | 40% |
| Knie im Winkel 160 Grad steif | 25% |
| Knie im Winkel 140 Grad steif | 25% |
| Knie zwischen 90 und 170 Grad zu bewegen, Beinschwäche | 15% |
| Knie zwischen 90 und 130 Grad zu bewegen, leichte Schwäche | 10% |
| Schlechte Knie (Stützapparat nötig, Bein stark geschwächt) | 20% |
| Leichtes Wackelknie (mit Hülfsstütze) | 10% |
| Kniegelenksbruch, nicht knöchern verheilt, Streckapparat funktioniert nicht, erhebliche Beinschwäche | 10% |
| Kniegelenksbruch, nicht knöchern verheilt, Streckapparat funktioniert, Oberwinkelschwäche | 20% |
| Arthritis deformans im Knie, mäßige Beschwerden, Reiten im Gelenk, leichte Beinschwäche | 25% |
| Nicht knöchern verheilte Unterschenkelbruch (Stützapparat nötig) | 40% |
| Unterschenkelbruch in deutlicher X-Stellung verheilt, Gelenke frei, mäßige Beinschwäche | 25% |
| Unterschenkelbruch in leichter O-Stellung verheilt, 1/2 Fußversteifung, leichte Muskelschwäche | 10% |



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Tafel VII.

| | |
|--|--------------------|
| Herabsetzung der Sehfähigkeit eines Auges bis zu $\frac{1}{4}$ | 0—50% |
| Einseltiger Linsenverlust, je nach Sehschärfe mit Stangles | 10—20% |
| Doppeltseitiger Linsenverlust | 33—50% |
| Einseltiger Augenverlust (beim Militär 50%) | 25% |
| „ „ „ falls im kriegsbesetzten Auge nicht getriggert werden kann | 30% |
| „ „ wenn Beruf ungewöhnlich hohe Anforderungen an die Sehschärfe stellt od. Beschäftigung besonders gefährlich | 33 $\frac{1}{2}$ % |
| Verlust beider Augen, von vollen Arbeitsverdienst | 50% |
| Halbtotheit (Hemiparese) | 40% |
| Verlust des Geruches beim gewöhnlichen Arbeiter | 0% |
| Vollständiger Verlust der Nase, bei Engländern (beim Militär 50%) | 25% |
| Verlust der Nasenspitze, bei Pferdekadern | 20% |
| Stark entstellende Nasenverletzung | 15% |
| Erbliche Verengung beider Nasenwege mit Rückwirkung auf Atmung | 10% |
| Defekt einer Lippe mit Spießlippe | 20% |
| Verengung der Mandibulardrüse oder Kieferspeicheldrüse, die nur Aufnahme flüssiger Substanzen zuläßt | 20% |
| Verlust einzelner Zähne (ev. Ersatz) | 0% |
| Glatt geheilter Bruch des Brustbeins oder einer Rippe | 0% |

Linker Arm:

| | |
|---|--------------------|
| Durchschnittlich beide 10% niedriger als bei Verletzungen des rechten Armes. | 10% |
| Völlige Gebrauchsunfähigkeit | 75% |
| Schultergelenk vollständig steif | 20% |
| Schultergelenk halb steif | 25% |
| Schultergelenk zu $\frac{1}{2}$ steif | 15% |
| Habituelle Schulterverrenkung | 25% |
| Lähmung des großen Sägezahnmuskels | 20% |
| Ellenbogengelenk in Streckstellung steif | 25% |
| Ellenbogengelenk im rechten Winkel steif | 40% |
| Leicht schief geheilter Speichenbruch | 10% |
| Stark schief geheilter Speichenbruch, Handgelenk halb steif | 20% |
| Handgelenk in Streckstellung steif | 10% |
| Unterarmbrüche, nach Ruckschläge, sehr selten Folge eines Lufalles | 10—100% |
| Handbruch | 10% |
| Nahbruch | 10% |
| Leistenbruch | 10% |
| Schenkelbruch | 10% |
| Doppelseitige Unterschenkelverletzung (hat in manchen Fällen die doppelte Rate) | 10% |
| Wasserbruch (trifft nicht zu dem sog. Unterschenkelbruch) | 20% |
| Verlust eines Hodens | 10% |
| Verlust beider Hoden: | |
| a) vor der Pubertät und bis zum Alter von 40 Jahren | 33 $\frac{1}{2}$ % |
| b) nach 40 Jahren | 25% |
| c) beim Militär ohne Berücksichtigung des Alters | 20% |
| Verlust der Gebärmutter | 25% |
| Einfache Lageveränderung der Gebärmutter | 25% |
| Schleim- und Gebärmutterverfälle durch Blöge gut zurückzubilden | 25% |
| Verlust einer Niere nach Amputation | 10% |
| Verlust der Milz | 20% |
| Widerstandsfähiger After, Uteri oder Darmtrakt | 20% |
| Starker Mastdarmverfall | 20% |
| Verlust des Afterschließmuskels | 20% |

Beine:

| | |
|--|-----|
| Doppelter Kniebruch, letzter X-Fall, Bein um 1 cm geschwächt | 20% |
| Völlige Versteifung des Fußgelenks im rechten Winkel (beste Stellung) | 20% |
| Völlige Versteifung des Fußgelenks in leichter Spitzfußstellung (300 Grad) | 20% |
| Völlige Versteifung des Fußgelenks in starker Spitzfußstellung | 30% |
| Fersenbein-Steinbruch, Wunde minus 1 cm, Endbewegung des Fußes minus 1/2 nach Geradung | 10% |
| Empfindlicher Plattfuß nach Mittelfußbruch | 20% |
| Schwerer Klumpfuß, Fuß steif | 40% |
| Leichter Klumpfuß, Fußgelenk halb steif | 20% |
| Versteifung der großen Zehe, in Streckstellung | 10% |
| Versteifung der großen Zehe, in Überstreckung (Hohlfuß) | 10% |
| Versteifung sämtlicher Zehen, in guter Stellung | 10% |
| Krampfader durch Unfall geschwunden, Neigung zu Geschwüren | 25% |
| Traumatische Ektasie mäßigen Grades | 25% |
| Völlige Lähmung des Ichioliteus | 20% |
| Peroneusparalyse | 20% |

Abb. 6 ▲ Werte der Minderung der Erwerbsfähigkeit – für die gesetzliche Unfallversicherung aus der 2. Auflage des von Liniger verfassten Werks Der Rentenmann ([21], Anhang)

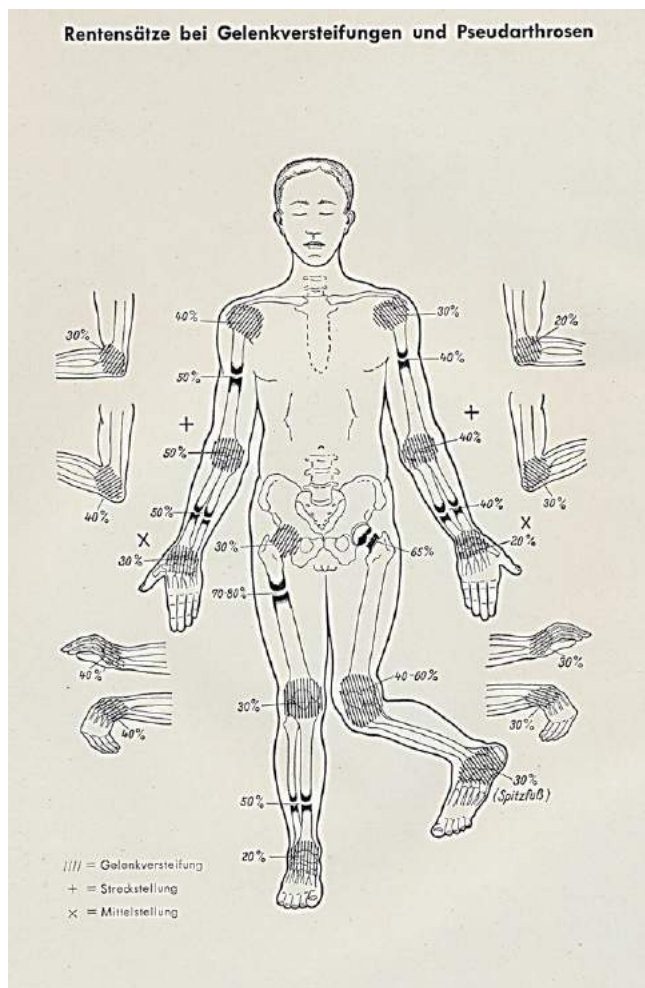


Abb. 7 ◀ Grafische Darstellung der „Rentensätze bei Gelenkversteifungen und Pseudarthrosen“ in der 2. Auflage der *Unfall-Begutachtung*. (Aus Rostock [36] Anhang)

Der Grad der Behinderung der Haltungs- und Bewegungsorgane von Gerhard Rompe und Arnold Erenkämper [33] aufmerksam, der bis in die Gegenwart immer wieder aktualisiert wurde und von dem eine aktuelle 7. Auflage [37] aus dem Jahre 2021 vorliegt. Die 1. Auflage erschien noch als Taschenbuch. Ausdrücklich hieß es hierin, dass in den „großen, umfassenden Handbüchern über die Begutachtung“ ein Taschenbuch zur Seite gestellt werden sollte, „das dem jungen Arzt ebenso wie dem langjährigen in der Praxis und in der Klinik tätigen Facharzt in gedrängter Form Orientierungsdaten über die aus medizinischer und rechtlicher Sicht bedeutsamen Grundlagen und Beurteilungskriterien für die Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“ geben sollte.

Die Herausgeber bedankten sich bei den Mitgliedern des „Arbeitskreis Begutachtungsfragen“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, die zu dem Werk wesentlich beigetragen

hätten. Die Tabellen zur MdE wurden synoptisch dargestellt. Gegenübergestellt wurden für die jeweilige Funktionsstörung die MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung, die MdE nach dem Bundesversorgungsgesetz (heute Grad der Behinderung [GdB]/Grad der Schädigung [GdS]) sowie die Werte nach der Gliedertaxe in der privaten Unfallversicherung [33, S. 150–166].

Dem Leser wurde damit ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Höhen der Entschädigung ermöglicht. Das Format eines Taschenbuches wurde schon in der 2. Auflage, die 1992 erschien, verlassen. Die Herausgeber dankten wiederum den Mitgliedern des Arbeitskreises „Begutachtungsfragen“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie für ihre Mitarbeit. In den Tabellen wurden MdE-Werte für die gesetzliche Unfallversicherung, das Bundesversorgungsgesetz bzw. Schwerbehindertenrecht und die

Invaliditätsgrade für die private Unfallversicherung synoptisch dargestellt. Im Jahr 1977 erschien die stark erweiterte 3. Auflage. Die MdE-Tabelle wurde von G. Rompe zusammengestellt, in die synoptische Darstellung wurde das Soziale Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht einbezogen. Die aktuelle 7. Auflage enthält die Eckwerte der MdE-Expertengruppe, die von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) einberufen worden war, um „das Nebeneinander von MDE-Tabellen zu überwinden“ [38].

An dieser Stelle wird auf den „Konsens über Referenzwerte für unfallchirurgische Verletzungsfolgen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)“ der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (Leiter K. Dresing, M. Schiltenswolf) hingewiesen [11].

Fazit für die Praxis

- Die Richtwerte für die Entschädigung nach gesetzlich versicherten Arbeitsunfällen, die „MdE-Tabellen“, gehen auf eine jahrtausendelange Tradition zurück. Sie sind nicht aus „dem Nichts“ entstanden. Sie berücksichtigen in erster Linie die Beeinträchtigung der Fähigkeit, sich durch Arbeit den Lebensunterhalt zu verdienen. In gleichem Maße sind sie ein Äquivalent für den Körperschaden und den entgangenen Lebensgenuss. Die Gliedertaxe der privaten Unfallversicherung wurden von den 1884 nach Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung von den Berufsgenossenschaften als Maßstab für die Entschädigung übernommen. Aus der Gliedertaxe wurde die „Erwerbsminderung“ (EM) und später die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE).
- Trotz aller Parallelen zwischen der Gliedertaxe in der privaten Unfallversicherung, der MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung und dem Grad der Behinderung [GdB]/Grad der Schädigungsfolgen [GdS] im Versorgungs- und im Schwerbehindertenrecht ist der Sachverständige gehalten, die aktuelle und jeweils rechtlich gültige Definition der MdE bei der Begutachtung für die gesetzliche Unfallversicherung zugrunde zu legen. Die endgültige Entscheidung über die Höhe der MdE trifft die Verwaltung oder – im Streitfall – das Sozialgericht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann

IVM Institut für Versicherungsmedizin
Am Lindenbaum 6a, 60433 Frankfurt am Main,
Deutschland
info@ivm-med.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K.-D. Thomann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Ayass W (2001) Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. ... , 2. Abt. 2. Band, 2. Teil: Die Ausdehnungsgesetzgebung und die Praxis der Unfallversicherung. Dokument 248, S 888–889
2. Bähr F (1899) Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung. Reiff, Karlsruhe, S 16–17
3. Becker L (1899) Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach Verletzungen, für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherung und Ärzte, 2. Aufl. Enslin, Berlin, S 13
4. Boecker HJ (1984) Recht und Gesetz im Alten Testament und im Alten Orient. Neuenkirchener, Neukirchen, S 149–153
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Versorgungsmedizin-Verordnung – Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Aktuelle Fassung auf der Website des Ministeriums abrufbar
6. Bürkle de la Camp H, Rostock P (1956) Handbuch der gesamten Unfallheilkunde, 3 Bd. 2. Aufl. Enke, Stuttgart ((1955–1956))
7. Bürkle de la Camp H, Schwaiger M (Hrsg) (1966) Handbuch der gesamten Unfallheilkunde, 3. Aufl. Enke, Stuttgart ((1963–1966))
8. Carus E (1931) Die Deutsche Individual-Unfallversicherung. Diss (Dr. oec). Handels-Hochschule. Mittler, Berlin, S 14
9. Claus L (1910) Die Gewöhnung an Unfallfolgen als Besserung im Sinne der Unfallversicherungsgesetze, 4. Aufl.
10. Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft (Hrsg) (1910) Sammlung von Versicherungsbedingungen deutscher Versicherungsanstalten. 4. Teil. Mittler, Köln, S 2 („Rhenania“ Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Köln (1873))
11. Dresing K, Eyfferth T, Gaidzik PW, Grotz M, Lundin S, Schiltenswolf M, Klaus-Thomann KD, Zeichen J (2021) Zur Diskussion: Referenzwerte für muskuloskeletale Verletzungsfolgen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach SGB VII – ein konsentierter Vorschlag der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. MEDSACH 117:195–200
12. Feldmann H, Brusis T (Hrsg) (2012) Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arzt, 7. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 16–21
13. Gitter W (1969) Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht. Mohr-Siebeck, Tübingen, S 14–21
14. Golebiewski E (1900) Atlas und Grundriß der Unfallheilkunde sowie der Nachkrankheiten der Unfallverletzungen. Lehmann, München
15. Göpfert H (2000) MdE – Minderung der Erwerbsfähigkeit in Deutschland seit 1871 – und zukünftig. Peter Lang, Frankfurt a.M.
16. Heinz HM (1973) Entsprechungen und Abwandlungen des privaten Unfall- und Haftpflichtversicherungsrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Dunker & Humblot, Berlin, S 55
17. Hiestand P (1900) Grundzüge der Privaten Unfallversicherung mit Berücksichtigung der Haftpflichtversicherung. Enke, Stuttgart, S 78
18. Kaufmann C (1897) Handbuch der Unfallverletzungen, 2. Aufl. Enke, Stuttgart
19. König F, Magnus G (Hrsg) (1934) Handbuch der gesamten Unfallheilkunde, 4 Bde. Enke, Stuttgart ((1932–1934))
20. Liniger H (1910) Finger-, Arm und Bein-Verletzungen. Schwann, Düsseldorf, S 3–95
21. Liniger H (1925) Der Rentenmann, 2. Aufl. Barth, Leipzig
22. Liniger H, Weichbrodt R, Fischer AW (Hrsg) (1931) Handbuch der ärztlichen Begutachtung, 1. Aufl. Barth, Leipzig
23. Liniger H, Molineus G (1928) Der Unfallmann. Barth, Leipzig, S 162
24. Lob A (1973) Handbuch der Unfallbegutachtung. 3 Bd. Enke, Stuttgart ((1961–1973))

Keywords

Accident insurance · Talion principle · Dismemberment schedules · Reduction in earning capacity · Disability

25. Ludolph L, Schürmann J, Gaidzik PW (Hrsg) (2022) Kursbuch der ärztlichen Begutachtung. Loseblattwerk. Ecomed, Landsberg
26. Maimonides M (1954) The code of Maimonides. Book eleven: The book of torts. Yale University Press, New Haven, London, S 161–192 (Übers. H. Klein)
27. Manes A (1922) Versicherungswesen, 3. Aufl. Bd. 2. Teubner, Leipzig, Berlin, S 88
28. Manes A (1932) Personenversicherung, 5. Aufl. Versicherungswesen, Bd. 3. Teubner, Leipzig, Berlin, S 187
29. Mehrhoff F, Ekkernkamp A, Wich M (2019) Unfallbegutachtung, 14. Aufl. De Gruyter, Berlin, New York, S 150
30. Reichenbach M (1995) Invaldität in der privaten Unfallversicherung. Anwaltsverlag Bonn, Bonn, S 31
31. Reichsversicherungsamt (1887) Rekursentscheidung vom 26.11.1887, zit. Nach L. Becker 1889, S. 8–9. Vgl. Reichsversicherungsamt (Hg.) (1897) Handbuch der Unfallversicherung, 2. Aufl. Breitkopf & Härtel, Leipzig, S 164–168
32. Ricke W (2012) Zur Entstehung der MdE-Grade in der Unfallversicherung nach 1884 aus dem Nichts. MEDSACH 108:181
33. Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) (1978) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
34. Rostock P (1935) Unfall-Begutachtung. Barth, München
35. Rostock P, Imhof S, Wegmann R (1957) Unfallbegutachtung. de Gruyter, Berlin, S 53–60
36. Rostock P (1951) Unfallbegutachtung, 2. Aufl. de Gruyter, Berlin
37. Schiltewolf M, Hollo DF (Hrsg) (2021) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 7. Aufl. Thieme, Stuttgart
38. Schiltewolf M (2021) Synopse Tabellarische Einschätzung von Leistungsbeeinträchtigungen in den verschiedenen Gebieten des Sozialgesetzbuches in Deutschland. In: Schiltewolf M, Hollo DF, Gaidzik PW (Hrsg) Begutachtung der 7. Aufl., S 801
39. Scholtysik D, Wich M (2021) Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh 21(Suppl 1):162–168
40. Scholtysik D, Wich M (2021) Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh 21(Suppl 1):162–168
41. Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2016) Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. E. Schmidt, Berlin
42. Schürmann J (2014) MdE-Gruppe der Kommission „Gutachten“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) MdE nach Hilfsmittelversorgung oder Medikation. Trauma Berufskrankh 26:204–210
43. Schwerin C (Hrsg) (1918) Leges Saxonum und Lex Thuringorum. Hahnsche Buchhandl. Hannover, Leipzig
44. Spellbrink W (2018) Rechtsprobleme bei der Verwendung der MdE-Tabellen. MEDSACH 114(2018):228–234
45. Sudeck P (1908) Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiet der Unfall- und Invalidenversicherung. Zweite Abt. Chirurgische Erkrankungen, besonders der Bewegungsorgane. Fischer, Jena, S 229
46. Tennstedt F, Winter H (1993) Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. Von der Reichsgründung bis zur kaiserlichen Sozialbotschaft (1867–1881). 1. Abt., 2. Bd. Von der Haftpflichtgesetzgebung zur ersten Unfallversicherungsvorlage. Gustav Fischer, Stuttgart, S 592 (Dokument 220)
47. Thiem C (1898) Handbuch der Unfallkrankungen aufgrund ärztlicher Erfahrung. Enke, Stuttgart
48. Thomann KD, Grosser V, Schröter F (2020) Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Handbuch der klinischen Begutachtung, 3. Aufl. Urban & Fischer, München
49. Woitjen M (2017) Minderungs der Erwerbsfähigkeit, [41], S 128
50. Zwipp H (2022) Der 125. Band „Der Unfallchirurg“ und 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (1922–2022) eine gemeinsame Geschichte. Unfallchirurg 125:83–90
51. Zwipp H, Oestern H-J (Hrsg) (2022) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: DGU 1922–2022. Hille, Dresden



© Andrii Muzyka / stock.adobe.com

Das Geschlecht muss immer mitgedacht werden

Die Geschichte der Gendermedizin

Frauen sind kleine Männer. Das klingt absurd, diese Sichtweise war aber lange Zeit Standard in der Medizin.

Die Gendermedizin hat sich erst in den vergangenen Jahrzehnten ihren festen Platz erobert. Noch ist viel zu tun, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden noch viel zu wenig berücksichtigt, z.B. in der Medikamentenforschung. Das sagt Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer. Sie leitet die Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel sowie das Gender Medicine Unit der Medizinischen Universität Wien/AKH Wien. Marlene Nowotny hat sie getroffen.



<https://www.springermedizin.at/podcasts/endokrinologie/kautzky-willer/23829624>



Hier steht eine Anzeige.

