

Orthopädie
<https://doi.org/10.1007/s00132-023-04435-w>
Angenommen: 9. August 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Entwicklung und aktuelle Bemessungsempfehlungen der Invalidität in der privaten Unfallversicherung

Klaus-Dieter Thomann

IVM Institut für Versicherungsmedizin, Frankfurt am Main, Deutschland

Zusammenfassung

Die private Unfallversicherung ergänzt das Angebot der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland. Die Versicherung kann freiwillig mit privaten Versicherungsgesellschaften abgeschlossen werden. Die Höhe der Entschädigung bei Unfällen richtet sich nach der „Gliedertaxe“ und der ärztlich festzustellenden dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Im Aufsatz wird die Entwicklung der medizinischen Bemessungsempfehlungen der Invalidität von den Ursprüngen der privaten Unfallversicherung des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart nachgezeichnet. Gewürdigt werden die wissenschaftlichen Einzelbeiträge ärztlicher Persönlichkeiten und die Bedeutung der unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften für die Entwicklung der maßgeblichen Einschätzungskriterien und Invaliditätstabellen der privaten Unfallversicherung. Die aktuell maßgeblichen Bemessungsempfehlungen der orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgesellschaften („Sektion Begutachtung“) werden in einer der nächsten Ausgaben der Zeitschrift „Die Orthopädie“ publiziert.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · Entschädigung von Verletzungen · Deutschland · Private Versicherung · Wissenschaftliche Fachgesellschaften

Der Begriff der „Invalidität“ in der privaten Unfallversicherung

Die private Unfallversicherung gehört zum Bereich der freiwilligen Absicherung von Leistungsbeeinträchtigungen durch Unfälle. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) [4] bewertet die Versicherung positiv: „Wer Opfer eines Unfalls wird, hat daraus oftmals teils erhebliche einmalige oder dauerhafte finanzielle Belastungen zu tragen – zum Beispiel aufgrund von langfristigen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen oder durch Rettungsmaßnahmen. Die private Unfallversicherung macht es möglich, derartige Vermögensschäden abzusichern: Sie zahlt nach einem Unfall die im Vertrag verein-

barte Leistung.“ Im Versicherungsfall wird die Invaliditätsleistung fällig:

„Invalidität liegt vor, wenn aufgrund des Unfalls die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit eines Menschen dauerhaft beeinträchtigt wird. Üblicherweise verstehen die Versicherer in ihren Bedingungen unter dauerhafter Beeinträchtigung, dass diese voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und nicht zu erwarten ist, dass sich dieser Zustand ändern wird. Die Versicherungsleistung errechnet sich aus dem Grad der Invalidität, die der Arzt feststellt, beziehungsweise der dauernden gesundheitlichen Beeinträchtigung, für die ein Prozentsatz ermittelt wird, sowie aus der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.“

Der „Grad der Invalidität“ wird nach den Versicherungsbedingungen „ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten“ bemessen.

Hierbei handelt es sich um Teil 1. Zu diesem Beitrag wird es einen Folgeartikel geben.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Allgemeine(n) Unfallversicherungsbedingungen (AUB2020) des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)

Gliedmaße	Anteil Vollinvalidität (%)
Arm	70
Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	65
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	60
Hand	55
Daumen	20
Ein Zeigefinger	10
Andere Finger	5
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60
Bein bis unterhalb des Knies	50
Ein Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45
Ein Fuß	40
Eine Großzehe	5
Alle anderen Zehen	2

Demgegenüber ist die Feststellung des Grades der Behinderung bzw. des Grades der Schädigungsfolgen im Schwerbehinderten- (SGB IX) und Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) gesellschaftlich stärker normiert. Maßgeblich hierfür ist die Versorgungsmedizin-Verordnung mit den „Versorgungsmedizinische(n) Grundsätze(n)“. Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) richtet sich nach der „abstrakten Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“.

Die Feststellung der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) infolge eines Unfalls unterscheidet sich somit von anderen Versicherungszweigen und Versorgungssystemen.

Im Aufsatz wird die Entwicklung der medizinischen Bemessungsempfehlun-

gen der Invalidität von den Ursprüngen der privaten Unfallversicherung bis in die Gegenwart nachgezeichnet und die Bedeutung der unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften gewürdigt.

Die „Gliedertaxe“ – Maßstab der Entschädigung in der privaten Unfallversicherung

Die Höhe der Entschädigung dauerhafter Funktionsbeeinträchtigungen richtet sich in der privaten Unfallversicherung nach der Gliedertaxe. Maßgeblich hierfür sind die Versicherungsbedingungen des jeweiligen Versicherers. Die Allgemeine(n) Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020) des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) [9] sehen bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit von Körperteilen folgende Entschädigungen in Teilen der Vollinvalidität in Prozent vor (■ Tab. 1).

Die Funktionsbeeinträchtigung des jeweiligen Körperteils ist in Bruchteilen des Verlustes anzugeben.

Die Gliedertaxen der privaten Unfallversicherungen gehen bis in das 19. Jahrhundert zurück [17]. Sie waren Vorbild für die Quantifizierung der Einschätzung der Erwerbsminderung (EM) bzw. der MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung [10]. Im 20. Jahrhundert entwickelten sich Invalidität, MdE, und der Grad der Schädigungsfolgen bzw.

der Grad der Behinderung (GdS/GdB) auseinander. Ihre gemeinsamen Wurzeln lassen sich beim Vergleich der Referenzwerte bis heute nachweisen [30].

Die Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hatte in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung unter der Leitung von K. Dresing und M. Schiltenswolf im Jahr 2022 die Bemessungsempfehlungen für die private Unfallversicherung überarbeitet und eine „Konsentiierte Synopse über Bemessungsempfehlungen für muskuloskeletale Verletzungsfolgen“ veröffentlicht [5]. Die Publikation regte die Diskussion über die Weiterentwicklung der Bemessungsempfehlungen an. Zugleich war sie Anlass für zwei Gegendarstellungen im Hinblick auf die Autorenschaft der 2009 durch Frank Schröter und Elmar Ludolph in die orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgesellschaften eingebrachten Vorschläge [16]. Die Kontroversen sind Anlass, die Entwicklung und den Wandel der Einschätzungsempfehlungen der letzten Jahrzehnte nachzuverfolgen.

Was muß der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen?

Die privaten Versicherungen hatten bis Ende des 19. Jahrhunderts Gliedertaxen in ihre Policen aufgenommen, die sich zum Teil unterschieden. Der Schweizer Jurist Paul Hiestand [12] und der Hannoveraner Arzt Ferdinand Bähr [2] veröffentlichten in den Jahren 1899 und 1900 jeweils eine vergleichende Übersicht der Entschädigungssätze (■ Abb. 1). Allerdings gaben sie keine konkreten Hinweise, wie die Begutachtung und Bemessung der Invalidität konkret vorgenommen werden sollte.

Da sich die Invalidität in der privaten Unfallversicherung bis zur Einführung der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen des Jahres 1988 (AUB 88) auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit [33] bezog und in der gesetzlichen Unfallversicherung das Kriterium der Erwerbsminderung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die Bezugsgröße war, lag es nahe, die MdE-Tabellen der Berufsgenossenschaften für die private Unfallversicherung heranzuziehen. Diese Praxis wurde bereits

Abkürzungen

AUB	Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
EM	Erwerbsminderung
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolgen
GDV	Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
SGB	Sozialgesetzbuch

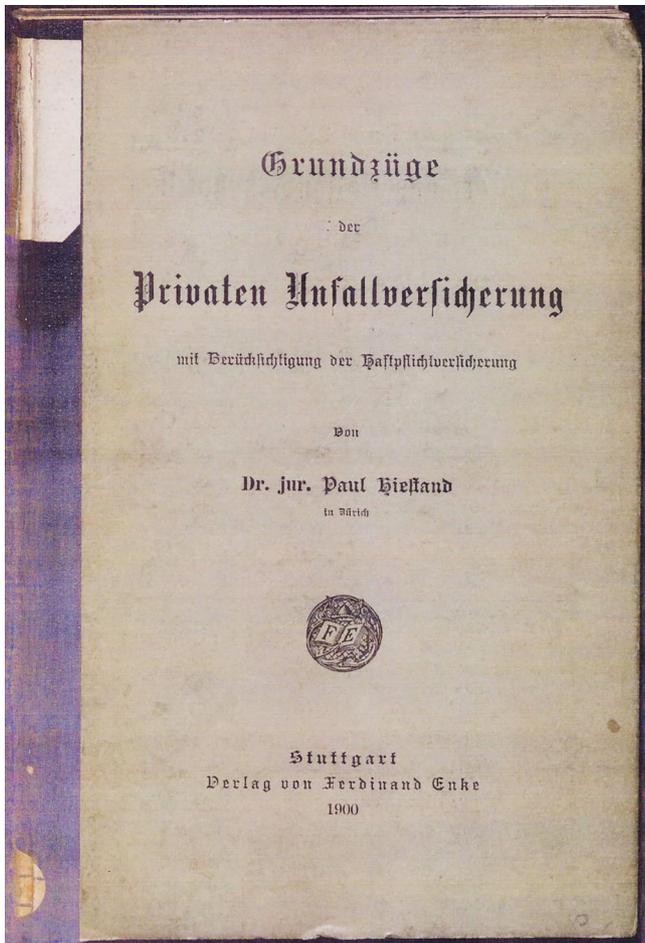


Abb. 1 ▲ P. Hiestand dokumentierte ausführlich die Gliedertaxen der privaten Unfallversicherungen an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert. (© Verlag von Ferdinand Enke, alle Rechte vorbehalten)

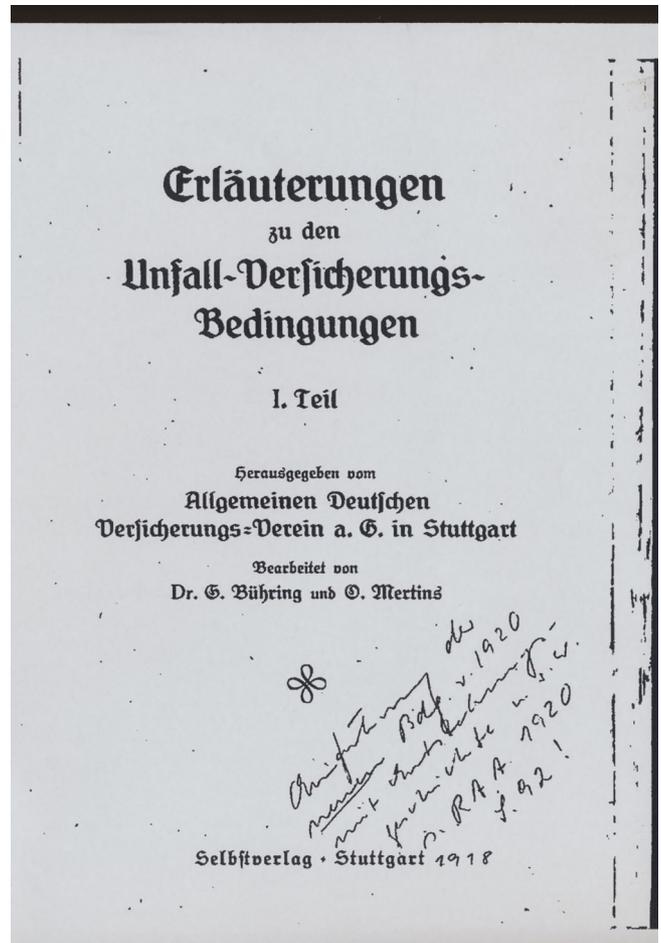


Abb. 2 ▲ G. Bühring und O. Mertins veröffentlichten einen ersten Kommentar zur den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherung. (© Allgemeiner deutscher Versicherungsverein, alle Rechte vorbehalten)

von Bähr 1898 kritisiert: Vielfach machten die Ärzte den Fehler, die eigenen „Erfahrungen aus der obligatorischen in die Privatversicherung“ zu übernehmen und die Rentensätze der gesetzlichen Unfallversicherung zugrunde zulegen, die sich von denen der privaten unterschieden: „Man kann hier sogar nicht umzustimmenden Doktrinen begegnen.“ [2].

Während die private Unfallversicherung am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur ein begrenztes Interesse bei Medizinern fand, schenken Juristen eine intensivere Aufmerksamkeit. Ein erster ausführlicher Kommentar von über 200 Seiten zur privaten Unfallversicherung erschien bereits im Jahre 1918 ([3], ▣ Abb. 2).

Eine erste Publikation, die sich aus gutachterlicher Sicht ausschließlich der privaten Unfallversicherung widmete, war ein von Alfred Haehner und Hans Liniger

1929 veröffentlichter Leitfaden: *Was muß der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen?* [11]. Dieses Buch sollte die Praxis der Begutachtung und Entschädigung von Verletzungen in der privaten Unfallversicherung für mehr als ein halbes Jahrhundert beeinflussen (▣ Abb. 3). Haehner (1880–1949) war Stabsarzt, von 1919 bis 1924 betreute er als Leibarzt Kaiser Wilhelm II und Kaiserin Auguste Victoria in Doorn. 1924 wechselte er wieder in den preußischen Staatsdienst, bevor er Gesellschaftsarzt eines Versicherungskonzerns in Frankfurt wurde. Prof. Hans Liniger (1863–1933) war seit 1914 Chefarzt der Allgemeinen Versicherungs AG in Frankfurt am Main. 1922 initiierte er mit anderen Chirurgen und Orthopäden die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versorgungs- und Versicherungsmedizin, der heutigen

Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Liniger war von 1922 bis 1929 deren Vorsitzender [34].

Liniger und Haehner verwiesen darauf, dass häufig von den behandelnden Ärzten „aus Unkenntnis der besonderen Bestimmungen der Verträge ein falscher Maßstab angelegt“ werde. Geläufig seien die Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die „grundsätzlichen Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsarten“ blieben oft unberücksichtigt. In der gesetzlichen Unfallversicherung sei der Begriff des Unfalls wesentlich weiter gefasst worden. Eingeschlossen seien auch gesundheitliche Folgen einer mehrstündigen Einwirkung, Gesundheitsschädigungen durch Witterungseinflüsse, selbst Erkältungen könnten in der GUV als Unfall anerkannt sein. In der PUV seien diese vertragsgemäß ausgeschlossen. Die private

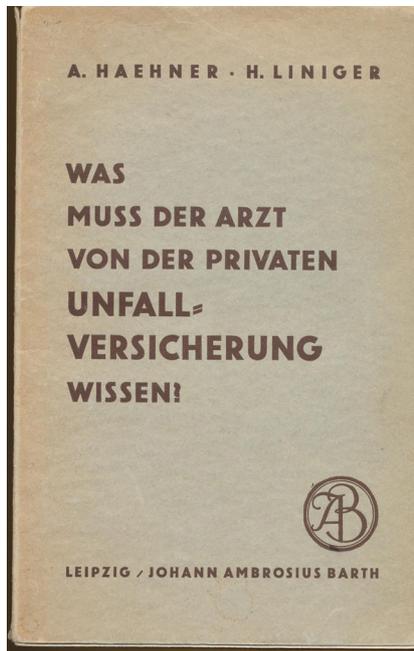


Abb. 3 ▲ Die erste Veröffentlichung, die sich aus medizinischer Sicht ausschließlich mit der privaten Unfallversicherung befasste: *Was muss der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen?* (© Johann Ambrosius Barth Verlag, alle Rechte vorbehalten)

Unfallversicherung wolle vermeiden, dass die Unfallversicherung in eine „allgemeine Krankenversicherung“ umgewandelt werde bei der „... die im Alter sicher zu erwartende Invalidität zu entschädigen wäre.“ [11, S. 8]. Bei unterschiedlicher Meinung zur Höhe der Invaliditätsentscheidung war eine Ärztekommision hinzuzuziehen, deren Entscheidungen bindend waren. Bei anderen strittigen Fragen konnten Gerichte angerufen werden.

Zur Verdeutlichung druckten die Autoren eine vergleichende Gliedertaxe für Verluste der Finger in der PUV und GUV ab [11, S. 35]. Auf Vorgaben für eine Teilinvalidität nach speziellen Verletzungen verzichteten Haehner und Liniger, anstelle dessen präsentieren sie ausführliche Beispiele für gerechtfertigte und ungerechtfertigte Ansprüche von Versicherten.

Liniger war zugleich der Autor weit verbreiteter Werke, die zum Teil bis in die Gegenwart immer wieder aufgelegt wurden. Der „Rentenmann“ [15] erschien in der 2. Auflage 1925. Liniger publizierte die gängigen Rentensätze für Amputationsverletzungen an den Armen und Beinen und wurde damit zum Vorbild aller künftigen Begutachtungsleitfäden. Besonders illustrativ ist das auszuklappende dreiseitige Schema eines Mannes an dem die prozentualen Grade der Erwerbsminderung dargestellt werden. Dass die Werte auch als Grundlage für Entschädigungen in der PUV zugrunde gelegt werden konnten, legt ein Hinweis von Liniger nahe, in dem er auf die guten Erfolge der abschließenden Entschädigung der privaten Unfallversicherung hinwies [11, S. 10].

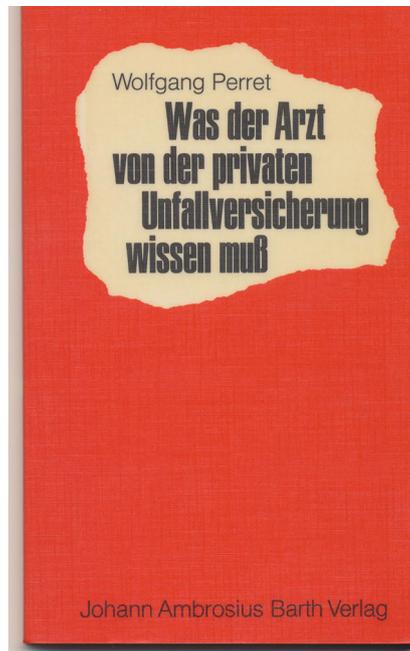


Abb. 4 ▲ Der kleine Leitfaden von W. Perret prägte die Bemessung der Invalidität für viele Jahre (2. Auflage 1973). (© Johann Ambrosius Barth Verlag, alle Rechte vorbehalten)

Vom Ursprung der aktuellen Bemessungsempfehlungen für die private Unfallversicherung

Im Jahr 1964 nahm Wolfgang Perret, der Gesellschaftsarzt der Allianz, den Titel des Werks von Hähner und Liniger erneut auf: *Was der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen muß*. Eine 2. Auflage wurde im Jahre 1973 [19] herausgebracht, die dritte Auflage erschien im Springer-Verlag 1980 [20].

Perret erläuterte die Unterschiede zwischen privater und sozialer Unfallversicherung, er setzte sich mit dem Unfallbegriff, den Ausschlüssen von der Versicherung,

nicht versicherungsfähigen Personen und Einschränkung der Leistungspflicht auseinander (Abb. 4).

Der kleine Band war in der privaten Unfallversicherung und unter Gutachtern weit verbreitet. Hierin war, ebenso wie in dem 1968 von A. W. Fischer, R. Herget und G. Mollowitz herausgegebenen Handbuch *Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen* [6], eine Tabelle abgedruckt, in der die Invaliditätsgrade in Bruchteilen für die unterschiedlichen funktionellen Beeinträchtigungen nach der Gliedertaxe angegeben wurden. Die Bruchteile des Invaliditätsgrades für die verletzten Extremitäten wurden auf die prozentuale Gesamtinvalidität umgerechnet.

Um dem Arzt und Sachbearbeiter einen Vergleich mit den Beurteilungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu ermöglichen, wurden die Invaliditätsgrade den zu erwartenden MdE-Werten gegenübergestellt [19, S. 35–42]. Die Ausgabe des Jahres 1980 war gleichartig aufgebaut. Perret betonte, dass es sich bei den Invaliditätstabellen nicht um unumstößliche Festlegungen handele: „Durch längere Erfahrung haben sich diese Werte gefestigt, auch wenn sie nur als Richtlinien dienen, aber doch einheitliche Kriterien erleichtern.“ [19, S. VII]. Die Tabelle zu den unterschiedlichen Verletzungsfolgen nach der Gliedertaxe wurde leicht erweitert. Angegeben wurden die Invaliditätswerte – Bruchteile der Gebrauchsunfähigkeit des betroffenen Gliedmaßenabschnitts – der Zahlenwert für die Höhe der Entschädigung nach der AUB in Prozent – getrennt zwischen rechts und links – und der zu erwartende MdE-Wert in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Wesentliche Änderungen in der Höhe des Invaliditätsgrades enthalten die Listen nicht. Die Tabellen der 1980 erschienen 3. Auflage waren in einzelnen privaten Unfallversicherungen bis nach 2010 Grundlage für die Invaliditätsauszahlungen bei „glatten Verletzungen“.

Hoch eingeschätzt wurde die „Totalendoprothese der Hüftgelenke mit geringer Bewegungshemmung und guter Belastbarkeit“, hierfür wurde ein Invaliditätsgrad des betroffenen Beins zwischen 1/5 und 2/5 empfohlen. Eine „Totalendoprothese der Hüftgelenke, deutliche Bewe-

Tab. 2 Höhe der Entschädigung bei teilweiser Gebrauchsminderung des Arms im Schultergelenk nach Perret 1967 [6, S. 142]

Funktionelle Beeinträchtigung der Extremität	1. Bruchteil der teilweisen Gebrauchsunfähigkeit	2. Zahlenwert für die Höhe der Entschädigung (AUB in Prozent)	3. Soziale Unfallversicherung in Prozent rechts	3. Soziale Unfallversicherung in Prozent links
<i>Arm</i>				
Volle Schultergelenkversteifung, keine Abduktion, keine Drehung, erhaltende Bewegung im Hand-Ellenbogen-Gelenk	1/2	35	40	30
Teilversteifung Schultergelenk, behinderte Innen- und Außendrehung, selbsttätig nur noch bis zur Waagrechten	1/4	17,5	30	20
Teilversteifung Schultergelenk, selbsttätig bis 40° über die Waagrechte, freie innen und Außendrehung	1/10–1/6	7–11,7	20	10
AUB Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen				

gungshemmung, verminderte Belastbarkeit“ wurde sogar mit einem Invaliditätsgrad von 1/3 bis 2/3 Beinwert bemessen.

Die Umrechnung von Invaliditätswerten in Versicherungssummen

Perret verfasste zudem ein ausführliches Kapitel zur privaten Unfallversicherung in dem zitierten Handbuch *Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen* [6, S. 124–160]. Für verschiedene Verletzungsfolgen wurden nicht nur die Invaliditätsgrade, sondern auch eine Umrechnung in D-Mark, je nach Höhe der Versicherungssumme, vorgenommen. Erstmals findet sich auch ein Hinweis auf eine Teilinvalidität nach der Gliedertaxe von 1/20:

„Der Umfang der bleibenden, teilweisen Gebrauchsunfähigkeit einer Gliedmaße (oder eines Auges, Ohres) gegenüber der vollen Gebrauchsfähigkeit einer gesunden Gliedmaße wird im Allgemeinen in Zahlenwerten von 1/20, 1/10, 1/5, 1/3 usw. angegeben.“

Das Kapitel ist gut verständlich und praxisnah verfasst:

„Eine endgradige Streck- und Beugebehinderung am Ellenbogen um 10 Grad als dauernde Unfallfolge wird als teilweise Gebrauchsunfähigkeit des Armes – gegenüber einem gesunden ARM – mit 1/10 zu bewerten sein. Nach

der Gliedertaxe wird für die volle Gebrauchsunfähigkeit eines Armes nach § 8, II (2) (a) AUB 70% (= 1/1) unterstellt. Daraus ergibt sich für den entschädigungspflichtigen Dauerschaden bei der endgradigen Beuge- und Streckhemmung am Ellbogengelenk nach AUB 7% (1/10 von 70%). Bei einer Versicherungssumme für (volle) Invalidität von z. B. 10.000,- würde die einmalige Kapitalabfindung in Höhe von 7% aus dieser Summe fällig werden, also 700,-; bei einer Versicherungssumme von 50.000,- der Betrag von 3500,-.“ [6, S. 142–143],

Die von Perret veröffentlichte Tabelle über Entschädigungssätze enthält vier Spalten (■ **Tab. 2**):

Martin Reichenbach, der das Handbuch redaktionell betreut hatte, folgte Wolfgang Perret als Chefarzt bei der Allianz-Versicherung nach. Sein besonderes Interesse galt ebenfalls der privaten Unfallversicherung. Reichenbach verfasste das ausführliche Kapitel zur privaten Unfallversicherung in der 11. Auflage des Bandes *Der Unfallmann* [21].

Die Bedeutung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Entwicklung der Bemessensempfehlungen in der privaten Unfallversicherung

Inzwischen waren die neuen allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen aus

dem Jahre 1988 erlassen (ggf. Vergleich AUB 1961/1988 [32]). Bis 1988 war die Invalidität „als dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit“ definiert. In den AUB 1988 wurde die Invaliditätsleistung an eine „dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit“ gebunden. Die Gliedertaxwerte änderten sich nicht. Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit wurden synonym interpretiert.

Reichenbach erläuterte die aktuellen Bedingungen und bewertete die funktionellen Beeinträchtigungen nach Verletzungen unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

„Die Bewertungsvorschläge beruhen auf einer mehr als 35-jährigen Erfahrung in der Begutachtung für die private Unfallversicherung. Sie 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“ [22, S. 31].

Reichenbach machte damit auf ein Standardwerk zur Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane [23] aufmerksam, das bis in die Gegenwart immer wieder aktualisiert wurde. Die aktuelle 7. Auflage [26], wird von M. Schiltewolf, D. F. Hollo und P. W. Gaidzik herausgegeben. M. Schiltewolf hatte die Leitung des Arbeitskreises für Begutachtungsfragen und Sozialmedizin im Jahr 2001 übernommen.

Die 1. Auflage erschien als Taschenbuch. Ausdrücklich hieß es, dass 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 wie rechtlicher Sicht bedeutsamen Grundlagen und Beurteilungskriterien für die Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“ [23, S. 5, 25] geben sollte (■ **Abb. 5**).

Die Herausgeber bedankten sich bei den Mitgliedern des Arbeitskreises Begutachtungsfragen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, die zu dem Werk wesentlich beigetragen hätten. Das Kapitel über die Begutachtung in der privaten Unfallversicherung wurde von J. M. Fitzek [8, S. 204–216] verfasst.

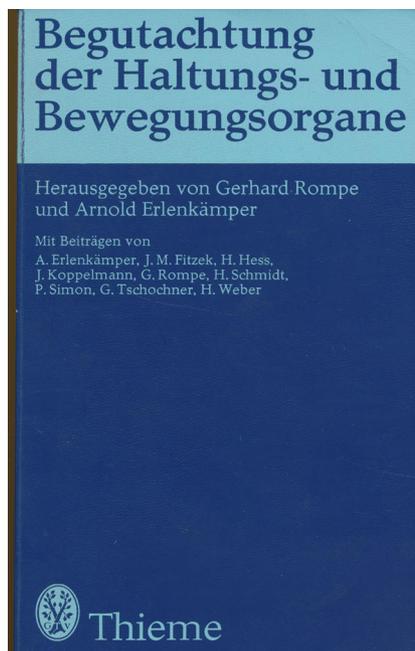


Abb. 5 ▲ Die erste Auflage des Standardwerks der orthopädischen Begutachtung erschien 1978 (© Georg Thieme Verlag, alle Rechte vorbehalten)

Die Tabellen zur Invalidität wurden synoptisch dargestellt. Gegenübergestellt wurden für die jeweilige Funktionsstörung die MdE nach dem Bundesversorgungsgesetz (heute GdB/GdS), die MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Werte nach der Gliedertaxe in der privaten Unfallversicherung [8, S. 149–168].

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 [24], verlassen. Die Herausgeber dankten wiederum den Mitgliedern des Arbeitskreises Begutachtungsfragen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie für ihre Mitarbeit. In den Tabellen wurden Invaliditätsgrade für die private Unfallversicherung mit den MdE-Werten für das Bundesversorgungsgesetz bzw. Schwerbehindertenrecht und die gesetzliche Unfallversicherung synoptisch dargestellt. Für eine Anzahl von Verletzungen, z. B. an den Füßen wurden noch keine Invaliditätsvorschläge gemacht.

Im Jahr 1998 erschien die 3. Auflage, die eine umfangreiche „Vergleichende Synopse der Gliedertaxebewertungen in der privaten Unfallversicherung“ enthielt, die

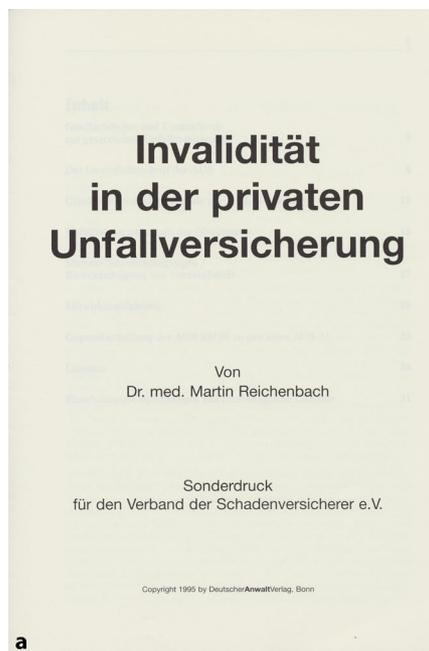


Abb. 6 ▲ Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung. Titelgleiche Veröffentlichungen von **a** M. Reichenbach 1994 (© DeutscherAnwaltVerlag, alle Rechte vorbehalten) und **b** R. Lehmann – E. Ludolph 2000 (© VVW, alle Rechte vorbehalten)

wiederum von J. M. Fitzek verfasst worden war. Der Autor stellte die Werte von Perret, Reichenbach und Mollowitz nebeneinander und machte zudem eigene Vorschläge, in denen auch eine Aufteilung der Invaliditätsgrade nach der Gliedertaxe in 20tel für einzelne Verletzungen vorgeschlagen wurde [7]. Die aktuellen Empfehlungen der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie [5] die „Gliedertaxenwerte ... einheitlich in Zwanzigstel“ einzuschätzen gehen somit auf Perret [18] und Fitzek zurück (■ **Tab. 3**).

Diese Tabelle ermöglicht eine differenziertere Bewertung als die Tabellen der früheren Auflagen.

Die Einführung eines modularen Bewertungssystems für die Bemessung der Invalidität

In der 4. Auflage (2004) wurde das Kapitel der „Begutachtung in der privaten Unfallversicherung“ von F. Schröter und J. M. Fitzek verfasst und deutlich erweitert [28]. Schröter und Fitzek verglichen die bisherigen Tabellen und machten auf „Widersprüchlichkeiten und Ungereimtheiten“ aufmerksam, „die – man kann



es nur vermuten – wohl auch auf einer unbedachten Willkürlichkeit beruhen“.

Für die Autoren war nicht nachvollziehbar, dass in den tabellarischen Bewertungsempfehlungen Von-bis-Bewertungen enthalten seien, die gelegentlich zu einer missbräuchlichen Nutzung geführt hätten. Schröter und Fitzek argumentierten:

„Es entspricht einem weitestgehend akzeptierten Konsens der maßgeblichen Autoren möglichst nur noch tabellarische Bewertungsempfehlungen zu erarbeiten, die durchweg in 10er-Werten – mit erlaubten Zwischenwerten in 1/20-Werten – aufgebaut sind, die auch eine gedanklich leichter nachvollziehbare Abstufung im Rahmen der praktischen Begutachtung erlauben.“ [28, S. 540]

Die Bewertungsempfehlungen würden den Sachverständigen allerdings nicht entbinden, im Einzelfall auch Empfehlungen z. B. von 1/3 oder 1/4 und ähnlichem zu geben.

„Erfolgt hierfür eine plausible Begründung, sollte auch dem Ergebnis eigentümlich erscheinende Umrechnung in Prozent der Versicherungssumme – ausschließlich Sache der auftraggebenden Versicherung – kein unüberwindbares Problem darstellen.“

Tab. 3 Vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung nach J. M. Fitzek 1998				
Vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung				
Obere Gliedmaßen				
Verletzung	Fitzek	Mollowitz	Reichenbach	Perret
I. Verlust				
Exartikulation im Schultergürtel oder Schultergelenk	70 %	70 %	70 %	70 %
Oberarm Kurzstumpf	65 %	65 %	65 %	65 %
<i>Exartikulation:</i>				
Im Ellenbogen	60 %	60 %	60 %	60 %
Im Handgelenk	55 %	55 %	55 %	55 %
Im Daumensattelgelenk	5/10 H	–	9/20 H	2/5 H
Im Daumengrundgelenk	20 %	20 %	20 %	20 %
Im Zeigefingergrundgelenk	10 %	10 %	10 %	10 %
Im Grundgelenk eines Langfingers (III–V)	5 %	5 %	5 %	5 %
Im Daumenendgelenk	6/10 D	–	6/10 D	1/2 D
Im Zeigefingerendgelenk oder Fingerendgelenk	4/10 F	–	4/10 F	–
Im Zeigefinger- oder Fingermittelgelenk	7/10 F	–	7/10 F	4/5 F
Adelmann-Amputation des Zeigefingers*	2/10 H	–	–	–
Adelmann-Amputation des Kleinfingers*	1/10 H	–	–	–
II. Versteifung				
Schulter (30° Abduktion)	4/10 A	2/5 A	4/10 A	1/2 A
Ellenbogen: (0-90-90) und Verlust der Unterarmdrehbewegung	5/10 A	–	4/10 A	2/5–1/2 A
Bei freier Unterarmdrehung (0-90-90)	5/20 A	–	1/3 A	1/3 A
Unterarmdrehung bei freier Scharnierbewegung	5/20 A	–	4/10 A	3/10–1/3 A
Handgelenk (10-10-0) bei freier Unterarmdrehung	2/10 A	1/4 A	2/10 A	–
Daumensattelgelenk	5/20 H	–	1/4 H	–
Daumengrundgelenk	2/10 D	–	2/10 D	–
Daumenendgelenk	2/10 D	–	2/10 D	–
Daumensattel- und -grundgelenk	3/10 H	–	3/10 H	–
Daumengrund- und -endgelenk	4/10 D	–	4/10 D	–
Daumensattelgelenk-, -grund- und -endgelenk	7/20 H	–	1/3 H	–
Fingergrundgelenk	3/10 F	–	1/4 F	–
Fingermittelgelenk	4/10 F	–	3/10 F	–
Fingerendgelenk	2/10 F	–	2/10 F	–
Fingergrund- und -mittelgelenk*	6/10 F	–	–	–
Fingermittel- und -endgelenk*	5/10 F	–	4/10 F	–
Alle drei Gelenke	7/10 F	–	6/10 F	–
III. Funktionsstörung				
Schulter vorheben bis 120°	1/10 A	1/10 A	1/10 A	1/10 A
Schulter vorheben bis 90°	2/10 A	1/5 A	2/10 A	1/4 A
Hälftige konzentrische Einengung	7/20 A	–	1/4 A	–
<i>Ellenbogengelenk:</i>				
Bewegungseinschränkung 0-30-120	1/10 A	–	1/10 A	–
0-30-90	3/20 A	–	2/10 A	–
<i>Handgelenk:</i>				
Bewegungseinschränkung 30-0-30	1/10 A	1/10 A	–	–
Daumen, ulnare Instabilität	2/10–3/10 D	–	–	–
Strecksehnenabriss am Daumen	1/10 D	–	–	–
An einem Langfinger	1/10 F	–	1/10 F	1/10 F

Tab. 3 (Fortsetzung)					
Vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung					
IV. Lähmung	Fitzek	Mollowitz	Reichenbach	Perret	
N. accessorius	1/10 A	–	1/10 A	–	
N. axillaris	5/20 A	1/4 A	2/10 A	1/5 A	
N. thoracicus longus	3/20 A	–	2/10 A	–	
N. musculocutaneus	3/10 A	–	3/10 A	–	
Komplette obere Plexuslähmung	1/1 A	1/1 A	1/1 A	1/1 A	
Nn. medianus und ulnaris	6/10 A	3/5 A	–	–	
Nn. medianus und radialis	6/10 A	–	–	–	
Nn. ulnaris und radialis	6/10 A	–	–	–	
N. radialis	4/10 A	2/5 A	4/10 A	2/5 A	
N. medianus	4/10 A	2/5 A	1/3 A	1/3 A	
N. ulnaris	4/10 A	–	1/3 A	1/3 A	
V. Sensibilitätsstörungen der Finger	Fitzek	Mollowitz	Reichenbach	Perret	
Beide volaren Fingerbeerennerven	3/10 F	–	3/10 F	–	
Beide volaren Daumenbeerennerven	4/10 D	–	–	–	
Beide volaren Nerven am Daumen bzw. Finger ab Grundgelenk	6/10 D/F	–	6/10 D/F	–	
Ellenseitiger volarer Daumennerv	3/10 D	–	1/3 D	–	
Speichenseitiger volarer Daumennerv	2/10 D	–	1/4 D	–	
Ein volarer Fingernerv	2/10 F	–	1/4 F	–	
VI. Sonstiges	Fitzek	Mollowitz	Reichenbach	Perret	
<i>Oberarmpseudoarthrose:</i>					
Straff	3/10 A	–	–	–	
Mit Orthese	6/10 A	2/5–2/3 A	6/10 A	–	
Bizepssehnenruptur	1/10 A	1/10 A	1/10 A	–	
Untere Gliedmaßen					
VII. Verlust	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
Exartikulation im Hüftgelenk	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Kurzstumpf	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Über Mitte Oberschenkel	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
Langer Oberschenkelstumpf	60 %	60 %	70 %	60 %	70 %
Exartikulation im Kniegelenk	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
Unterschenkelkurzstumpf	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Unterschenkelstumpf bis Mitte Unterschenkel	45 %	45 %	45 %	45 %	45 %
Sprunggelenkexartikulation	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Verlust des Fußes mit erhaltener Ferse	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
In Fußwurzel (Chopart)	6/10 F	1/2 F	–	–	–
In Fußwurzel (Lisfranc)	5/10 F	2/5 F	–	–	–
Im Mittelfuß (Sharp)	4/10 F	1/3 F	–	–	–
Verlust der Großzehe und Köpfchen 1. Mittelfußknochen	2/10 F	–	1/5 F	–	–
Verlust der Großzehe	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Verlust einer Zehe	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Verlust aller Zehen	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %

Tab. 3 (Fortsetzung)					
Vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung					
VIII. Versteifungen	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
Hüftversteifung in günstiger Stellung	4/10 B	2/5 B	1/3–2/5 B	4/10 B	2/5 B
Versteifung in ungünstiger Stellung (Beugung über 30°)	5/10–6/10 B	2/3 B	1/2–3/4 B	2/3 B	2/3 B
Kniegelenkversteifung (0-10-10)	4/10 B	2/5 B	–	1/3 B	2/5 B
<i>Knieversteifung:</i>					
0-20-20	9/20 B	1/2 B	–	4/10 B	3/7 B
0-30-30	5/10 B	3/5 B	–	5/10 B	1/2 B
Versteifung oberes Sprunggelenk	3/10 B	–	–	4/10 B	–
OSG-Versteifung in Spitzfußstellung mehr als 20°	4/10 B	2/5 B	–	1/3 B	1/3 B
Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks	4/10 B	–	2/5–2/3 B	3/7 B	3/7 B
USG-Versteifung ohne Chopart	5/20 F	1/4–1/3 F	1/4 F	1/4 F	1/4 F
USG-Versteifung mit Chopart	7/20 F	–	–	1/3 F	1/3 F
<i>Großzeherversteifung:</i>					
In Überstreckstellung	1/20 F	–	–	–	1/20 F
In Neutralstellung	1/10 F	–	–	–	1/10 F
IX. Funktionsstörung	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
<i>Bewegungseinschränkung der Hüfte:</i>					
0-0-90	1/10 B	–	–	1/10 B	1/10 B
0-30-90	5/20 B	–	–	1/4 B	1/4 B
<i>Bewegungseinschränkung des Kniegelenks:</i>					
0-0-90	1/10 B	1/7 B	1/5 B	1/10 B	1/10 B
0-20-90 (-80)	5/20 B	–	–	1/4 B	1/4 B
0-30-90	7/20 B	–	–	1/3 B	1/3 B
Instabilität nach Ruptur vorderes Kreuzband	3/20 B	1/10–1/5 B	1/5 B	1/10 B	1/10 B
Anteromediale, anterolaterale Knieinstabilität	5/20 B	–	–	4/10 B	–
Mit Orthese	3/10–4/10 B	1/2 B	2/5 B	5/10 B	1/2 B
Fersenbeinbruchfolgen je nach Tubergelenkwinkel und Funktionseinengung	4/10–6/10 F	–	1/4–3/4 F	–	–
Traumatischer Plattfuß nach Mehrfachbrüchen von Mittelfußknochen	5/10 F	–	1/2 F	2/3 F	2/3 F
X. Pseudarthrosen	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
Oberschenkel mit Entlassungsapparat	8/10 B	–	4/5 B	8/10 B	4/5 B
Straff- ohne Entlassungsapparat	7/20 B	–	1/3 B	–	1/3 B
Unterschenkel mit Stützapparat	5/10 B	–	4/5 B	5/10 B	1/2 B
Unterschenkel ohne Stützapparat	2/10 B	–	–	–	1/5 B
XI. Sonstiges	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
<i>Beinverkürzung:</i>					
0–1,0 cm	–	–	–	–	–
1,5–3,0 cm	1/20 B	1/10 B	1/10 B	1/20 B	1/10 B
3,1–6,0 cm	1/10–2/10 B	1/5–1/3 B	1/3 B	2/10–3/10 B	1/5 B
Totalendoprothese Hüfte	2/10–4/10 B	1/4 B	1/5–2/5 B	1/3 B	1/3 B
Hüftgelenkresektion	7/10 B	–	4/5 B	2/3 B	2/3 B
Hemialloarthroplastik	11/20 B	–	–	6/10 B	4/7 B

Tab. 3 (Fortsetzung)
Vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung

Osteomyelitis mit Fistel:

Ohne Stützapparat	3/10 B	–	1/3 B	–	1/3 B
Mit Stützapparat	5/10–8/10 B		4/5 B	–	1/2–3/4 B
Achsenfehler	1/20–4/10 B		–	–	0–2/5 B
Patellektomie	2/10 B		1/5 B	2/10 B	1/5 B
Achillessehnenruptur (geheilt)	1/10 B		1/10 B	–	1/10 B
Postthrombotisches Syndrom	1/10–2/10 B		–	–	1/5–2/5 B
XII. Lähmung (ohne tropische Störungen)	Fitzek	Mollowitz	Perret	Reichenbach	Streck
N. gluteus inferior	2/10–7/20 B	–	–	2/7 B	2/7 B
N. gluteus superior	2/10–7/20 B	–	–	2/7 B	2/7 B
N. femoralis	4/10–5/10 B	1/2 B	–	5/10 B	1/2 B
N. ischiadicus	8/10 B	4/5 B	1/1 B	8/10 B	4/5 B
Nn. tibialis und peroneus communis	4/10 B–5/10 B	–	–	3/7 B	3/7 B
N. tibialis	7/20 B	1/3 B	–	1/3 B	1/3 B
N. peroneus superficialis	1/10 B	1/4 B	–	1/10 B	1/10 B
N. peroneus profundus	7/20 B	1/3 B	–	1/3 B	1/3 B
N. peroneus communis	4/10 B	1/3–2/5 B	1/3–2/5 B	4/10 B	2/5 B

* nach Schröter; *OSG* oberes Sprunggelenk, *USG* unteres Sprunggelenk

Schröter und Fitzek stellten dann ein „modular aufgebautes Bewertungssystem“ auf. Sie begründeten dies wie folgt:

„Alle bisherigen tabellarischen Bewertungsempfehlungen haben den Nachteil, dass sie stets nur ein Beurteilungskriterium erfassen, die gesamte Funktionsbeeinträchtigung sich jedoch regelhaft aus mehreren Einzelaspekten ergibt. So kann ein Unterschenkelbruch sowohl eine Funktionsstörung im Kniegelenk wie auch im Sprunggelenk hinterlassen, aber auch einen Achsenfehler, eine Verkürzungskomponente und Thrombosefolgen.“ [28, S. 545],

Bisher hätten die unterschiedlichen Komponenten nicht tabellarisch berücksichtigt werden können:

„Um solchen regelhaft anzutreffenden Ausheilungsergebnissen bei der Invaliditätsbemessung innerhalb der Gliedertaxe Rechnung tragen zu können, dies auch mit dem Ziel, das Gleiche gleich bewertet wird, wurde nunmehr ein modular aufgebautes tabellarisches Bewertungssystem erarbeitet und so gestaltet, dass Zusatzgewährungen, z. B. für eine Gelenkinstabilität, die Beinverkürzung, das Arthroseisiko usw. additiv mit der Bewertung für die Funktionsstörung zusammengeführt werden können, ohne dass dabei überdimensionierte Bemessungen entstehen.

Da nunmehr auch das Muskelminus – ab einer bestimmten Größenordnung – gesondert

erfasst wird, damit auch ein Kraftminus innerhalb der noch bestehenden Bewegungsmöglichkeit additiv berücksichtigt wird, beziehen sich Bewertungen zu den Funktionsstörungen konsequenterweise auf die Ergebnisse der passiven Funktionsprüfung. Passive Untersuchung heißt nicht: Prüfung gegen Widerstand, sondern: Prüfung unter manueller Entlastung durch den Untersucher. Subjektive Momente mit Beeinflussung der aktiven Beweglichkeit können somit nicht mehr die Bemessung beeinflussen. Die Bewertung kommt einer wirklichen Objektivität sehr viel näher“ [28, S. 545].

Ausdrücklich betonten Schröter und Fitzek, dass sich relevante Abweichungen zu den Werten von Reichenbach [21, 22] sowie Lehmann und Ludolph [14], nicht ergeben würden (▣ Abb. 6).

Schwächen und Fehler des modularen Systems

Der von Schröter und Fitzek entwickelte Aufbau der Invaliditätsbemessung hat sich im Grundsatz – wenn auch nicht im Detail – bis in die aktuellen Bemessungsempfehlungen der Fachgesellschaften erhalten [5]. Allerdings führten die Vorschläge von Schröter und Fitzek zu ungerechtfertigt hohen Einschätzungen, da verschiedene Auswirkungen einer Verletzung addiert wurden.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher Auswirkungen einer Verletzung (Bewegungseinschränkung, Muskelminus, umformende Veränderungen des Gelenks, Durchblutungsstörungen, trophische Veränderungen, Schmerzen) ist international durchaus gebräuchlich, allerdings werden die Zuschläge nicht addiert sondern nur anteilig und degressiv berücksichtigt. Beispielhaft ist auf die *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* der American Medical Association hingewiesen. In dem Handbuch ist eine „combined value chart“ abgedruckt, aus der der Sachverständige die integrierenden Invaliditätswerte entnehmen kann [1].

Da die Addition von Teilinvaliditäten für die einzelnen Funktionsstörungen zu überdurchschnittlich hohen Invaliditätsbemessungen führte, blieb Kritik von Seiten der Sachverständigen und der privaten Versicherungen nicht aus. Die privaten Versicherungen orientierten sich deshalb weiterhin an der 3. Auflage des Werks von Perret bzw. der Veröffentlichung *Die private Unfallversicherung* von Reichenbach aus dem Jahre 1995.

Integrative statt additive Bewertung von Unfallfolgen

Das „modulare System“ wurde in den orthopädischen und unfallchirurgischen

Fachgesellschaften diskutiert. Schröter stellte auf der 74. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Sozialmedizin und Begutachtung der DGOOC in Berlin „Vorgaben zur Bemessung nach der Gliedertaxe“ vor. Der wesentliche Unterschied zur Veröffentlichung von Schröter und Fitzek aus dem Jahr 2004 bestand darin, dass die „Zusatzgewährungen, z.B. für eine Gelenkinstabilität, die Beinverkürzung, das Arthrosrisiko usw.“ nicht mehr additiv zur Hauptbeeinträchtigung hinzugerechnet wurden. Anstelle der Addition der nachgeordneten Unfallfolgen wurden diese „hälftig in die Bewertung nach der Gliedertaxe“ aufgenommen: So heißt es im Protokoll: „Es erfolgt zuletzt eine Subsumtion sämtlicher Unfallfolgen.“ Der Begriff „Modularsystem“ sei fallengelassen worden. Als Autoren der Empfehlungen wurden Schröter und Ludolph genannt [27]. Die Ergebnisse der Abstimmung mit der Fachgesellschaft wurden von Schröter und Ludolph publiziert [29]. Sie begründeten die Überarbeitung der Vorschläge:

„Empfehlungen zur Bemessung von Unfallfolgen finden sich in der Literatur rückreichend bis zum Zeitpunkt der Einführung der privaten Unfallversicherung in das Versicherungswesen. In den bisherigen konventionellen Bemessungen erfolgten über Jahrzehnte hinweg nur geringfügige Korrekturen. Die in der 4. Auflage von Rompe/Erlenkämper hinzugefügten modularen Bemessungsempfehlungen (Schröter, Fitzek, 2004) haben zu einer lebhaften Diskussion geführt, letztendlich aber auch gezeigt, dass der Versuch einer detaillierten Annäherung an das Ausheilungsergebnis mittels des modularen Bemessungssystems nicht immer zu plausiblen Ergebnissen führt, diese Empfehlungen leider auch fehlerhaft angewandt wurden.

Das Bemühen der Autoren ist nunmehr darauf ausgerichtet, in Fortschreibung der bisherigen konventionellen Bemessungsempfehlungen sinnvolle Elemente des modularen Systems einzubeziehen und in ihrem Aufbau und ihrer Struktur ein plausibel begründetes Tabellenwerk zu entwickeln, welches dem Sachverständigen Orientierungen für die korrekte Höhe der jeweiligen Bemessung als Grundlage für eine Gleichbewertung vergleichbarer Befunde vorgibt, aber auch Spielräume für individuelle, dem jeweiligen Einzelfall angepasste Bemessungen lässt.

Die vorliegende, über einen langwierigen Abstimmungsprozess unter Einbeziehung zahlreicher gutachtlich erfahrener Kollegen erarbeitete Systematik wurde in den hierfür zuständigen Gremien der DGOOC und der DGU vorgestellt und von dort kommende Anregungen aufgegriffen, sodass die vorliegende Fassung von beiden wissenschaftlichen Gesellschaften mitgetragen wird“ [29].

Der Sachverständige war gehalten, festzustellen „welche Komponente der Unfallfolgen bei isolierter Betrachtung die höchste Invaliditätsbemessung“ begründe, danach sei zu prüfen „ob anderweitige Anteile der Unfallfolgen noch zusätzlich funktionell nachteilige Auswirkungen auf die Gebrauchstüchtigkeit der betroffenen Extremität haben“. Dies entsprach auch den Intentionen des modularen Systems von 2004, allerdings waren die Zuschläge nun zu relativieren. Eine einfache Addition wurde damit ausgeschlossen:

„Sind zusätzlich nachteilige Auswirkungen zu bestätigen, ist zu hinterfragen, ob daraus eine Erhöhung der Eingangsbemessung in einer subsumierenden Gesamtbetrachtung resultieren kann.

Vorgaben für die der Bemessung nachrangiger Befundkriterien:

- 1/20 bleibt ohne Einfluss auf die „Gesamt“-Invalidität
- 2/20 erlauben eine Erhöhung der Basisbemessung um 1/20
- 4/20 erlauben eine Erhöhung der Basisbemessung um 2/20

In jedem Einzelfalle sollte der Abwägungsprozess hin zur Gesamt-Invaliditätsbemessung transparent gestaltet werden und Plausibilität vermitteln“ [29].

Die aktualisierten Tabellen wurden in der 5. Auflage von Rompe/Erlenkämper [29], im *Kursbuch der ärztlichen Begutachtung* und in der dritten Auflage des von R. Lehmann und E. Ludolph verfassten Band *Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung* [14] veröffentlicht. Sie fanden auch Eingang in weitere Grundlagenwerke der orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung [31].

Tabellen können die Komplexität der Dauerfolgen von Unfallverletzungen nur annäherungsweise darstellen. Die verbleibende Invalidität hängt zudem von der Entwicklung der unfallchirurgisch-ortho-

pädischen Therapien ab. Beispielhaft sei hier auf die Endoprothesen verwiesen. Zudem wird die Evaluation der funktionellen Beeinträchtigungen im Hinblick auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit [13] auch in Zukunft Anregungen für die Bemessung der Invalidität geben.

Tabellen entbinden den Sachverständigen nicht von seiner Verantwortung

Vergleicht man die Vorschläge von Schröter und Fitzek (2004) mit den Empfehlungen von Schröter und Ludolph (2008) und den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften [5], so ergeben sich für die Bemessung der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen nur graduelle Unterschiede. Die von Schröter und Fitzek vorgeschlagenen Zusatzbewertungen Längen- und Achsabweichungen, Beinverkürzung, Thrombosefolgen, der Endoprothesenzuschlag und das Arthrosrisiko finden sich in den genannten Publikationen – allerdings ab 2008 nur mit hälftiger Berücksichtigung.

Die von der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgeschlagenen Bemessungsempfehlungen für die private Unfallversicherung führen die Diskussion über eine objektive und medizinisch begründete Invaliditätsbemessung weiter. Frank Schröter [28, S. 556] wies darauf hin, dass noch so detaillierte Tabellen den medizinischen Gutachter nicht von seiner Verantwortung entbinden würden, jeden einzelnen Fall individuell zu bewerten:

„Tabellarische Bewertungsvorgaben ersetzen nie die Verantwortung des Sachverständigen für eine angemessene Bewertung der auf Dauer verbliebenen Unfallfolgen. Die in den Tabellen zu findende Situationsbeschreibung wird auch nur selten exakt dem tatsächlich angetroffenen Ausheilungsergebnis entsprechen. Insofern geben diese tabellarischen Vorgaben dem Gutachter nur Anhaltspunkte über die korrekte Größenordnung der anstehenden Invaliditätsbemessung.“ Ziel müsse es sein, für mehr Gerechtigkeit zu sorgen, damit „gleiche Unfallfolgen dann auch eine annähernd gleiche Bewertung“ finden könnten.

Fazit für die Praxis

- Die Bemessungsempfehlungen der Invalidität für die private Unfallversicherung beziehen sich auf die Gliedertaxe, die ihrerseits wiederum die gesetzliche Unfallversicherung und das soziale Entschädigungsrecht beeinflusst.
- Maßstab ist die dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit.
- Die medizinischen Bemessungskriterien unterliegen einem Wandel, der auch mit einem sich verändernden Verletzungsspektrum und den verbesserten Ausheilungsergebnissen zusammenhängt.
- Die Empfehlungen der unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften zur Bemessung dauerhafter Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung geben dem medizinischen Sachverständigen wichtige Hinweise zur Höhe der Invalidität. Sie entbinden ihn jedoch nicht von seiner Verpflichtung zur sorgfältigen Untersuchung, individuellen Feststellung und nachvollziehbaren Begründung des Invaliditätsgrades.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann

IVM Institut für Versicherungsmedizin
Am Lindenbaum 6a, 60433 Frankfurt am Main,
Deutschland
kthomann@ivm-med.de
Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann Ärztlicher Leiter IVM
Institut für Versicherungsmedizin

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

Literatur

1. American Medical Association (2008) Guides to the evaluation of permanent impairment, 6. Aufl. AMA Press, S 322–324
2. Bähr F (1899) Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung. Reiff, Karlsruhe, S 11
3. Bühring G, Mertins O (1918) Erläuterungen zu den Unfall-Versicherungsbedingungen. Allgemeiner Deutscher Versicherungs-Verein, Stuttgart
4. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht Private Unfallversicherung. <https://BAFIN.PrivateUnfallversicherung>. Zugegriffen: 18. Juni 2022
5. Dresing K, Eyferth T, Gaidzik PW, Grotz M, Lundin S, Schiltenswolf M, Thomann KD, Widder B, Zeichen J (2022) Zur Diskussion: Konsentrierte Synopse über Bemessungsempfehlungen für muskuloskeletale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung. MEDSACH 118:10–18
6. Fischer AW, Herget R, Mollowitz G (Hrsg) (1968) Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen, 3. Aufl. Barth, München, S 126–160
7. Fitzek FM (1988) Vergleichende Synopse der Gliedertaxebewertungen in der privaten Unfall-

Development and current recommendations on the assessment of disability in private accident insurance

Private accident insurance complements the offer provided by statutory accident insurance in Germany. Private accident insurance can be taken out on a voluntary basis with private insurance companies. The amount of compensation paid in the event of accidents is subject to the dismemberment schedule (Glieder-taxe) and the permanent impairment of the physical or mental capacity, which is to be determined by a medical practitioner. The essay describes the development of the medical recommendations for assessing disability from the origins of private accident insurance in the 19th century to the present. It also considers individual scientific articles from medial personalities and the importance of accident surgery and orthopaedic specialist societies for the development of relevant assessment criteria and disability tables (Invaliditätstabellen) of private accident insurance.

Keywords

Accident insurance · Compensation for injuries · Germany · Private insurance · Scientific societies

- versicherung. In: Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 417–420
8. Fitzek JM (1978) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane in der privaten Unfallversicherung. In: Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 1. Aufl., S 204–216
 9. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) (2020) „Allgemeine[n] Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020)
 10. Göpfert JM (2000) MdE – Minderung der Erwerbsfähigkeit in Deutschland seit 1871 – und zukünftig. Peter Lang, Frankfurt/M.
 11. Haehner A, Liniger H (1930) Was muß der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen? Barth., Leipzig, S 3–4
 12. Hiestand P (1900) Grundzüge der Privaten Unfallversicherung mit Berücksichtigung der Haftpflichtversicherung. Enke, Stuttgart, S 78
 13. Klemm HAT, Ludolph E, Willauschus W, Wich M (2023) Neue Bemessungsempfehlungen zur Invalidität in der PUV. Unfallchirurgie. Teil 1–3. Unfallchirurgie 125 S. 417–421, S. 825–836; 2023: 126 S. 77–86.
 14. Lehmann R, Ludolph E (2001) Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung, 1. Aufl. VVW, Karlsruhe (Für die aktuelle 6. Aufl. (2022) zeichnen E. Ludolph und S. Reis verantwortlich.)
 15. Liniger H (1925) Der Rentenmann, 2. Aufl. Barth, Leipzig (Die 1. Aufl. erschien im Verlag L H Boucher, Frankfurt/M.o.J.)
 16. Ludolph E (2022/2023) Gegendarstellung betreffend den Artikel: Dresing K, Eyferth T, Gaidzik PW, Grotz M, Lundin S, Schiltenswolf M, Thomann KD, Widder B, Zeichen J (2022) Zur Diskussion ... In: MEDSACH 118, S 142; MEDSACH 119, S 19
 17. Manes A (1932) Personenversicherung, 5. Aufl. Versicherungswesen, Bd. 3. Teubner, Leipzig, S 187
 18. Perret W (1968) Die private Unfallversicherung. In: Fischer AW, Herget R, Mollowitz G (Hrsg) Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen. 3. Aufl. Barth, München, S 141–142
 19. Perret W (1973) Was der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen muß, 2. Aufl. Barth, Frankfurt/M.
 20. Perret W (1980) Was der Arzt von der privaten Unfallversicherung wissen muß, 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg
 21. Reichenbach M (1993) Die private Unfallversicherung. In: Mollowitz G (Hrsg) Der Unfallmann. Springer, Heidelberg, S 67–161
 22. Reichenbach M (1995) Die private Unfallversicherung. Deutscher Anwaltsverlag, Bonn
 23. Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) (1978) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
 24. Rompe G, Fitzek JM (1992) Synopse. In: Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 220–231
 25. Rompe G, Fitzek JM (1978) Synopse der Bewertung von Leistungsbeeinträchtigungen in verschiedenen Sachgebieten. In: Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) Begutachtung, S 149–168
 26. Schiltenswolf M, Hollo DF, Gaidzik PW (Hrsg) (2021) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 7. Aufl. Thieme, Stuttgart
 27. Schiltenswolf M (2008) Protokoll der 74. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft 02 Sozialmedizin und Begutachtung der DGOOC, 25. Okt. 2008. Nicht publiziert.
 28. Schröter F, Fitzek JM (2004) (2004) Einschätzungsempfehlungen für die private Unfallversicherung. In: Rompe G, Erenkämper A (Hrsg) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 540–557
 29. Schröter F, Ludolph E (2009) Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell. Z Orthop Unfall 147(2):130–135 (Ebenso in: G. Rompe, A. Erenkämper (Hg) (2009) Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 705–716)
 30. Thomann KD (2023) Was sind die Grundlagen für Bemessung und Einschätzung von Unfallfolgen? Entstehung und Funktion der MdE-Tabellen in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Unfallchirurgie 126:351–363
 31. Thomann KD, Grotz M, Schröter F (2020) Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Handbuch der klinischen Begutachtung, 3. Aufl. Urban & Fischer/Elsevier, München
 32. Wussow W, Pürckhauer H (1990) AUB (Kommentar zu den AUB in der Neufassung von 1988)
 33. Wüstney D (1936) Die private Unfallversicherung. Heymanns, Berlin, S 57–60
 34. Zipp H, Oestern HJ (Hrsg) (2022) 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: DGU 1922–2022. Hille, Dresden