

Wonach sollen sich Gutachter bei der Bemessung der Invalidität und Versicherungen bei der Entschädigung richten?

Die Invaliditätstabellen für die private Unfallversicherung der „Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie“ beruhen auf einem Konsens, der sich in den letzten 40 Jahren durch Diskussionen in den unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften herausgebildet hat. Aktuell wurden nun von der Autorengruppe um H.-T. Klemm bzw. der „Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung e.V.“ davon zum Teil erheblich abweichende Invaliditätstabellen veröffentlicht. Diese Problematik wird analysiert und kommentiert.

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

Die Grundlage der Bemessung der Invaliditätsgrade in der privaten Unfallversicherung war in den vier Jahrzehnten im Wesentlichen unstrittig. Richtlinien waren die Veröffentlichungen in den Handbüchern der Begutachtung.

Ein Meilenstein der Bewertung war das Erscheinen der 1. Auflage des bis heute gültigen Standardwerks „Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“ im Jahre 1978. Die Herausgeber G. Rompe und A. Erlenkämper bedankten sich im Vorwort ausdrücklich bei den Mitgliedern des Arbeitskreises „Begutachtungsfragen“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, „die mit Anregung und Kritik zur Entstehung wesentlich beigetragen“ hätten. Das Kapitel über die Begutachtung in der privaten Unfallversicherung wurde von J. M. Fitzek verfasst. Die Tabellen zur Invalidität wurden synoptisch dargestellt. Einander 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.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft begleitete die Umstellung auf die neuen Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen, die im Jahre 1988 (AUB 88) erlassen wurden. Bis dahin (AUB 61 und früher) war die „Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit“ der Maßstab der Invalidität gewesen, der von Gutachtern und Versicherungen bei der Invaliditätsbemessung und Entschädigung zugrunde gelegt werden musste. Ab 1988 war die Invaliditätsleistung an eine „dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität)“ gebunden. Die Gliedertaxen-Werte änderten sich nicht – Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit wurden synonym angewandt.

Die Ursprünge der aktuellen Bemessungsempfehlungen

Eine große Erfahrung in der Bewertung und Entschädigung von Verletzungen in der privaten Unfallversicherung hatte der Chirurg Martin Reichenbach. Er betreute die 3. Auflage des Handbuchs „Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen“, das 1968 erschien. 1995 betonte Reichenbach in der Veröffentlichung „Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung“ (Deutscher Anwaltsverlag, S. 31) die Bedeutung der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für die Allgemeinverbindlichkeit der Bemessungsempfehlungen:

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.

Die 2. Auflage der „Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“ erschien 1992. Rompe und Erlenkämper 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 vergleichend dargestellt.

1998 erschien die 3. Auflage, welche eine umfangreiche „vergleichende Synopse der Gliedertaxbewertungen in der privaten Unfallversicherung“ enthielt, die 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 20-tel für einzelne Verletzungen vorgeschlagen wurde. Diese Tabelle ermöglicht eine differenziertere Bewertung als die Tabellen der früheren Auflagen.

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. 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.“

Schröter und Fitzek stellten dann ein „modular aufgebautes Bewertungssystem“ auf, das in den Grundzügen bis heute Gültigkeit behalten hat. Allerdings führten die Vorschläge von Schröter und Fitzek zu ungerechtfertigt hohen Einschätzungen, da verschiedene Auswirkungen einer Verletzung addiert wurden.

Integrative Bewertung unterschiedlicher Folgen einer Verletzung

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 (Z Orthop Unfall 2009; 147(2): 130-135; DOI: 10.1055/s-0029-1224810).

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 Arthrosiserisiko usw.“ nicht mehr additiv zur Hauptbeeinträchtigung hinzugerechnet wurden. Anstelle der Addition der nachgeordneten Unfallfolgen in der 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 fallen gelassen worden. Als Autoren der Empfehlungen wurden Schröter und Ludolph genannt. Die Ergebnisse der Abstimmung mit der Fachgesellschaft wurden von publiziert. Schröter und Ludolph wiesen auf die Einbeziehung der unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften hin.

„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 mit getragen wird.“

Die mit den Gremien abgestimmten Tabellen wurden in der 5. Auflage von Rompe / Erlenkämper, im „Kursbuch der ärztlichen Begutachtung“ und in der dritten Auflage des von Rolf Lehmann und Elmar Ludolph verfassten Bandes „Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung“ (aktuell 6. Auflage, herausgegeben von E. Ludolph und S. Reis) veröffentlicht. Sie fanden auch Eingang weitere Grundlagenwerke der orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung.

Die Invaliditätstabellen der „Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie“ 2022-2025

Die von der „Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie“ 2022 vorgeschlagenen Bemessungsempfehlungen für die private Unfallversicherung (MEDSACH

118, 2022: 10-18) führen die Diskussion über eine objektive und medizinisch begründete Invaliditätsbemessung weiter. Die aktuelle Veröffentlichung „Bemessungsempfehlungen für muskuloskelettale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung“ (Orthopädie 53, 2024: 56–68) spiegelt den Stand wissenschaftlichen Diskussion wider. Anregungen einer Autorengruppe um H.-T. Klemm wurden aufgenommen und integriert.

Klemm et al. publizierten nun aber in mehreren Artikeln „Neue Bemessungsempfehlungen“ der „Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung e.V.“, die zum Teil erheblich von denen der „Sektion Begutachtung“ abweichen (Unfallchirurgie 2022, Unfallchirurgie 2024, MEDSACH 2024). Hervorgehoben werden die Tabellen im Internet mit dem Hinweis „Paradigmenwechsel bei der Invaliditätsbemessung in der Privaten Unfallversicherung“ (<https://www.fgimb.de/> letzter Zugriff 15.2.2025).

Im Folgenden sollen einige der Werte der Sektion Begutachtung und der Autorengruppe Klemm et al. gegenübergestellt werden.

Vergleichende Bemessung einzelner Funktionsstörungen durch die „Sektion Begutachtung“ der DGOU und der Autorengruppe um Klemm et al.

	Sektion Begutachtung DGOU	Autorengruppe Klemm et al.	Absenkung der Invaliditätswerte	Absenkung in Prozent der Versicherungssumme
Obere Extremität				
Schultergelenk				
Schulter vorheben bis 120°	2/20 A	1/20 A	Absenkung 1/20 A	3,5 %
Schulter vorheben bis 90°, Einschränkung der Drehbewegung	4/20 A	3/20 A	Absenkung 1/20 A	3,5 %
Schulter vorheben / abspreizen bis 60°	6/20 A	5/20 A	Absenkung 1/20 A	3,5 %
Ellenbogengelenk				
Ellenbogen, versteift im rechten Winkel: (0-90-90) und Verlust der Unterarmdrehbeweglichkeit	10/20 A	7 /20 A (Unfallchirurgie 5/2022, S.8)	Absenkung 3/20 A	10,5 %
Bewegungseinschränkung des Ellenbogens (0-30-120), freie Unterarmdrehbeweglichkeit	3/20 A	2/20 A	Absenkung 1/20 A	3,5 %
Handgelenk				
Versteifung des Handgelenks (10-10-0 bzw. 15-15-0) bei freier Umdrehung	6/20 HW	5/20 HW	Absenkung 1/20 HW	2,75 %

	Sektion Begutachtung DGOU	Autorengruppe Klemm et al.	Absenkung der Invaliditätswerte	Absenkung in Prozent der Versicherungssumme
Untere Extremität				
Kniegelenk				
Kniegelenkversteifung (0-10-10)	9/20 B	8/20 B	Absenkung 1/20 B	3,5 %
Sprunggelenk und Fuß				
Versteifung oberes Sprunggelenk in Gebrauchsstellung	7/20 FW	6/20 FW	Absenkung 1/20 FW	2 %
Versteifung unteres Sprunggelenk	5/20 FW	4/20 FW	Absenkung 1/20 FW	2 %
Versteifung oberes und unteres Sprunggelenk	10/20 FW	9/20 FW	Absenkung 1/20 FW	2 %

Abkürzungen

A	Armwert
B	Beinwert
HW	Handwert
FW	Fußwert

Prothesenzuschläge: Aktuelle Empfehlungen der Sektion Begutachtung bleiben gültig

Besonders deutlich werden die Abweichungen bei den Prothesenzuschlägen. Die „Sektion Begutachtung“ empfiehlt folgende Zuschläge bei der unfallbedingten Implantation von Endoprothesen:

Alter (Jahre) bei Implantation	Hüfte /Knie / Beinwert	Schulter / Ellenbogen / Armwert
15-20	11/20	12/20
21-25	10/20	11/20
26-30	09/20	10/20
31-35	8/20	9/20
36-40	7/20	8/20
41-45	6/20	7/20
46-50	5/20	6/20
51-55	4/20	5/20
56-60	3/20	4/20
61-65	2/20	3/20
>= 66	1/20	2/20

Quelle: Schiltenswolf, Dresing, Eckert et al.; Bemessungsempfehlungen für muskuloskelettale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung; Die Orthopädie 53, 56-68 (2024)

In einer aktuellen Publikation (Unfallchirurgie 2024, 127: 748–766) argumentieren Klemm et al. *„Pauschalierte Endoprothesenzuschläge in Abhängigkeit vom Alter sind nicht zu rechtfertigen. Es ist gutachtlich eine Beurteilung der Gelenkfunktion vorzunehmen und dann zu berücksichtigen, dass der Endoprothesenträger allein durch die einliegende Prothese funktions-, leistungs- und belastungslimitiert ist. Der ärztliche Sachverständige muss also dazu Stellung nehmen, inwieweit prothesen-, material-, zugangs- und/oder instrumentierungsassoziierte Folgen neben z. B. der Störung der Propriozeption vorhanden sind. Weiter muss er beurteilen, ob allein durch das Vorhandensein der Endoprothese bestimmte Funktionen z. B. aus präventiven Gründen vermieden werden müssen. Diese Faktoren wirken sich invaliditätsrelevant auf die Prognosebeurteilung aus, was in der Regel eine Invalidität von mindestens 1/20 Extremitätenwert nach sich zieht.“*

Die private Unfallversicherung soll auch junge Versicherte bei schweren Verletzungen angemessen absichern

Der weitaus größte Anteil der unfallbedingten Implantation von Endoprothesen entfällt auf das Alter über 66 Jahre. In dieser Altersstufe würde sich keine wesentliche Abweichung zwischen den Vorschlägen der Sektion Begutachtung und von Klemm et. al. ergeben.

Anders ist die Situation allerdings bei den wenigen Fällen jüngerer Verletzter. Als Beispiel mag ein 32-jähriger Polizeibeamter dienen, der eine Hüftkopf- oder Schenkelhalsfraktur erlitt, in deren Folge es zu einer Hüftkopfnekrose kam.

Wird der Versicherte mit einer Endoprothese versorgt, so wird zunächst die Funktion beurteilt: Bei weitgehend freier Beweglichkeit, unauffälligen Weichteilverhältnissen und radiologisch festem Sitz des Implantats, bietet sich eine Invaliditätsbemessung von 2/20 Beinwert an. Nach den Empfehlungen der „Sektion Begutachtung“ wird ein Zuschlag von 8/20 Beinwert hinzugerechnet. Der Versicherte erhält somit 10/20 Beinwert, dies entspricht 35% der Versicherungssumme.

Bei einer Bewertung nach den Vorschlägen von Klemm et al. dürfte die Invalidität deutlich niedriger ausfallen. Von besonderer Relevanz sind die Abweichungen bei Verletzten, die einen Versicherungsvertrag mit Progression haben, insbesondere, wenn sie polytraumatisiert waren.

Wirtschaftliche Auswirkungen der Prothesenzuschläge für die privaten Unfallversicherungen

Für die privaten Unfallversicherungen sind die hohen Prothesenzuschläge bei jungen Versicherten wirtschaftlich von geringer Bedeutung. Nur 8% aller Prothesenerstimplantationen, die 2022 in Deutschland durchgeführt wurden, erfolgten bei Patienten unter dem 55. Lebensjahr (Endoprothesenregister Deutschland, Jahresbericht 2023). Bei allen älteren Versicherten spielen die Zuschläge keine wesentliche Rolle, das mit der Prothese verbundene Risiko des Prothesenwechsels nimmt aus biologischen und biomechanischen Gründen ab.

Wie wirken sich die Tabellen auf die Versicherten aus?

Die Invaliditätstabellen der „Sektion Begutachtung“ beruhen auf einem Konsens, der sich in den letzten 40 Jahren durch Diskussionen in den unfallchirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften herausgebildet haben. Die DGOU ist Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF).

Die „Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung e.V.“ ist dagegen kein Mitglied der AWMF. Bei den Veröffentlichungen von Klemm et al. handelt es sich somit um Publikationen, welche die Meinung der Autoren wiedergeben. Der Bindungswert ihrer Invaliditätstabellen ist somit als geringer anzusehen als bei den Invaliditätstabellen der „Sektion Begutachtung“ der DGOU.

Vergleicht man die Werte beider Tabellen, dann werden die Versicherten in den Tabellen von Klemm et al. deutlich schlechter gestellt. Zum Teil betragen die Abweichungen bis zu 50% zu Ungunsten der Versicherten. Hierdurch scheinen juristische Konflikte vorprogrammiert, die das Vertrauen in die private Unfallversicherung erschüttern könnten.

Der Wert der privaten Unfallversicherung beweist sich im Schadensfall

Der Wert der privaten Unfallversicherung beweist sich im Schadensfall. So betonte Dr. Heinrich Grewing, ein Kenner und Vertreter der privaten Unfallversicherung, in dem Werk „Unfallversicherung“ (Gabler 1967, S. 107):

„Keiner der mancherlei Versuche zur Popularisierung der Unfallversicherung, keine noch so vereinfachte Form des Vertragsabschlusses, keine noch so durchdachte Werbung können so viel zur Beliebtheit der Unfallversicherung beitragen, als eine rasche und großzügige Schadenregulierung. ... Oberster Grundsatz muss sein, dass dem Versicherten im Schadensfall sobald wie möglich sein Recht wird.“

Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Sozialmedizin

Schiltenswolf, M., Dresing, K., Eckert, J., Eyfferth, T., Gaidzik, P. W., Grotz, M. et al. (2024). Aus der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB). Die Orthopädie, 53 (5), 348-360.

Thomann, K. D. (2024). Entwicklung und aktuelle Bemessungsempfehlungen der Invalidität in der privaten Unfallversicherung. Die Orthopädie, 53 (1), 56-68.