

Zum Beitrag von K.Dresing et al :“Zur Diskussion: Referenzwerte für muskuloskeletale Verletzungsfolgen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach SGB VII – ein konsentrierter Vorschlag der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie“ in MedSach-Ausgabe 5/2021, S.195-200

Weiter dazu:

Stellungnahme zu den MdE-Referenzwerten der Sektion Begutachtung der DGOU

Unter Projektleitung und Moderation der DGUV wurde 2015 eine interdisziplinär zusammengesetzte „MdE-Expertengruppe“ zur Erarbeitung eines „Konsenspapiers“ zur Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten gebildet. Das „Konsenspapier“ der „MdE-Expertengruppe“ mit neuen MdE-Eckwerten wurde in einem breit angelegten Prozess mit Medizinerinnen, der Sozialgerichtsbarkeit, Betroffenen sowie dem Deutschen Sozialgerichtstag diskutiert. Es wurde im Oktober 2019 veröffentlicht (*Download unter www.dguv.de/publikationenwebcode:p017667*) und hat Eingang in zahlreiche Werke der Begutachtungsliteratur gefunden. Seit dem 01.11.2019 kommt es bei den UV-Trägern zur Anwendung.

Die seit 2019 bestehende Sektion Begutachtung der DGOU hat nun in der Zeitschrift „Orthopädie und Unfall-

chirurgie“ (Dresing, et al., 2021a) und - gleichlautend - in der Zeitschrift „Der medizinische Sachverständige“ (Dresing, et al., 2021b) MdE-„Referenzwerte“ für unfallchirurgische bzw. muskuloskeletale Verletzungsfolgen publiziert, zu denen die Autorengruppe wie folgt Stellung nimmt:

Allgemeine Anmerkungen

Es wird durch den Titel der Eindruck geschaffen, dass die „Referenzwerte“ breit diskutiert und in einem Abschlusspapier konsentiert wurden. Es fehlt in beiden Veröffentlichungen die notwendige Transparenz zu den einzelnen Verfahrensschritten (z. B. welche Experten wurden wie ausgewählt; unter welchen Experten welcher Fachgesellschaften konnte Übereinstimmung erzielt werden; gibt es ein Minderheitsvotum zu einzelnen Werten oder Fragestellungen?).

Es wird grundsätzlich auf die 5er-Abstufungen der MdE verzichtet, was im Gegensatz zu den Amputationswer-

ten bei der Beurteilung der Funktionsstörung nicht mehr zu rechtfertigen ist (Beispiel s.u.).

Gerade bei dem hier unternommenen Versuch, ausgehend von den konsentierten MdE-Eckwerten nach Amputationen, MdE-Referenzwerte für ein breites Spektrum von Funktionseinschränkungen an den Extremitäten, der Wirbelsäule und dem Becken zu definieren, muss man mit dem selbst verpflichteten Verzicht auf eine weitergehende Abstufung unterhalb der 10er-MdE-Marke scheitern.

Entgegen den Vorstellungen der DGOU-Arbeitsgruppe der neuen Referenzwerte gibt es natürlich dennoch eine wesentliche Änderung und einen wesentlichen Unterschied auch bei der Benutzung von 5er-MdE-Abstufungen. Dies ist dann relevant, wenn man übergeordnete MdE-Eckwerte zugrunde legt (zum Beispiel MdE-Werte aus der MdE-Expertengruppe der DGUV für Amputationsverletzungen) und sich die einzuschätzenden Funktionseinschränkungen zwischen 2 durch einen Zehner-Wert getrennten Eckwerten befinden.

Zu ausgewählten Einschätzungsempfehlungen

Zur Versteifung der Schulter wird lediglich angegeben, dass diese in 30°-Abduktion mit einer MdE von 30 zu schätzen sei. Hier wäre es wichtig, den Wert der Versteifung in allen Bewegungsebenen der Schulter anzugeben, wobei sich erst daraus die Versteifung in gebrauchsgünstiger Stellung (Tab. 1) definiert.

Anschrift für die Verfasser:

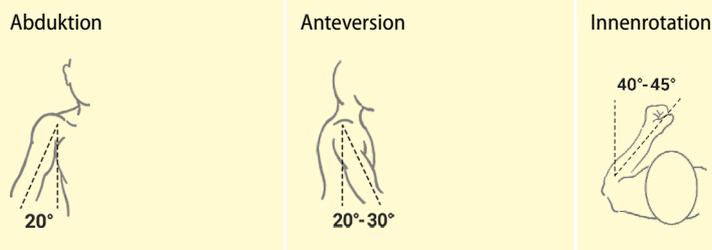
Dr. med. H.-T.Klemm
Fachgesellschaft für Interdisziplinäre
Medizinische Begutachtung e.V.
Ludwigstrasse 25
95444 Bayreuth
dr.klemm@fimb.de

für die weiteren Mitverfasser:

Grosser V^{1/2}, Hanusa C^{1/3}, Hein M^{1/4},
Hempfling H^{1/5}, Kelm O⁶, Klemm HT^{1/7},
Krumbiegel A^{1/8}, Ludolph E^{1/9},
Meyer-Clement M^{1/10}, Spahn G^{1/11},
Willauschus W^{1/12} *

- 1 Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung e.V.
 - 2 BG-Klinikum Hamburg
 - 3 Begutachtungsinstitut Fürth
 - 4 Orthopädisches Forschungsinstitut Münster (OFI)
 - 5 Gutachtenbüro Murnau
 - 6 Fachanwaltskanzlei für Sozial- und Versicherungsrecht Berlin
 - 7 Freies Institut für medizinische Begutachtungen Bayreuth / Erlangen
 - 8 Praxis für interdisziplinäre medizinische Begutachtung Hamburg / Fulda
 - 9 Institut für ärztliche Begutachtung Düsseldorf
 - 10 Institut für medizinische Begutachtung Hamburg
 - 11 Praxisklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Eisenach und Universitätsklinikum Jena
 - 12 Gutachteninstitut Orthopädisch-unfallchirurgische Praxisklinik alphaMED Bamberg
- * Autoren alphabetisch geordnet

Schultergelenk



Referenzliteratur: (Klonz & Habermeyer, 2007), (Freedman & Munro, 1966), (Moseley, 1964), (Rühmann, Schmolke, Bohnsack, & Kirsch, 2004), (Klemm, Wittchen, Willauschus, Fuhrmann, & Hohendorff, 2020)

Tabelle 1: Schultergelenkversteifung in gebrauchsgünstiger Stellung

Regelmäßig wird hier durch die bisherigen MdE-Tabellen mit der Formulierung „Schultergürtel frei“ dem scapulothorakalen Gleitweg eine zu große Bedeutung beigemessen, was entsprechende Korrekturüberlegungen notwendig macht mit oben dargelegter Definition aller versteiften Bewegungsebenen.

Bei der Bewegungseinschränkung der Schulter wird nur noch auf die Vorhebung und nicht mehr auf die zusätzliche Bewegungsebene der Seitwärtshebung abgestellt. Warum, wird leider nicht erläutert. Während in den bisherigen MdE-Tabellen für Einschränkungen der Vor- und Seitwärtshebung auf 120 bzw. 90° bei freier Rotation MdE-Werte von 10 bzw. 20 angegeben sind, wird jetzt eine zusätzliche Einschränkung der Drehung und Abspreizung inkludiert. Das ist leider nicht nachvollziehbar: Einerseits sollte man sich an die im Messblatt angegebenen Bewegungsebenen halten, andererseits ist es doch funktionell bedeutend, ob eine Dreheinschränkung auswärts oder einwärts bei anliegendem Oberarm vorliegt oder/und eine kopf-/fußwärts gerichtete Einschränkung bei 90° abgehobenem Arm. Weiter ist es natürlich auch von MdE-Relevanz, wie ausgeprägt diese zusätzliche Bewegungseinschränkung ist. Hier kann also nur empfohlen werden, dass man bei der bisherigen Bezeichnung der Bewegungsebenen und den bisher anerkannten MdE-Werten bleibt, denn diese neuen Formulierungen sind viel zu ungenau, es fehlt hier eine Quantifizierung der zusätzlich geforderten Bewegungseinschränkungen (Drehbewegung, Einschränkung der

Abspreizung) neben der Angabe, ob dies gelten soll, wenn diese Einschränkung 10, 20 oder erst 30 und mehr Grad umfasst.

Während es im Vorspann heißt, dass die Schweregrade der Funktionsstörungen stets eingeteilt werden in leicht(gradig), mittel(gradig) und schwer(gradig) wird unter *Instabilitäten des Schulterhauptgelenks und Schulterreckgelenks* von einer „ausgeprägten“ Instabilität gesprochen. Es erscheint nun etwas unglücklich, wenn die selbst gewählte Diktion im Artikel eine Wandlung erfährt. Außerdem kann nur gewarnt werden vor nicht definierten Schweregradeinteilungen; dies lässt einen unüberschaubaren Interpretationsspielraum zu.

Die bisherigen MdE-Tabellen zur Instabilität mit Angaben zu einer per-

sistierenden oder gewohnheitsgemäßen Ausrenkung sind kaum zu gebrauchen, denn eine gewohnheitsmäßige Ausrenkung ist eher eine anlagebedingte Erkrankung als ein Unfallverletzungsfolgezustand. Bei den neuen Vorschlägen sollte man auf die Bezeichnungen *leicht*, *ausgeprägt* und *gewohnheitsgemäß* verzichten. Wenn man dann formuliert „gelegentliche Ausrenkung bei Ausnutzung des maximalen Bewegungsumfangs und häufig wiederkehrende Ausrenkung“ bleibt auch hier ein großer Interpretationsspielraum.

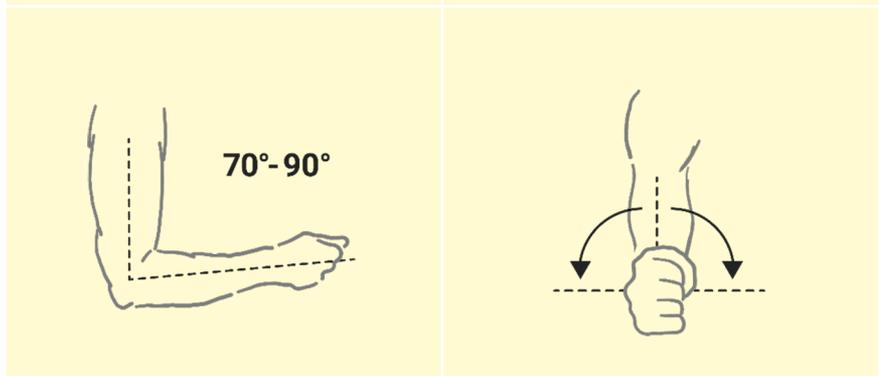
Während bisher MdE-Werte für verschiedene Versteifungsstellungen des Ellenbogens (Streckstellung, 30 oder 90° Beugung) angegeben wurden, wird dies ohne Begründung auf die Versteifung des Ellenbogens im 90°-Winkel reduziert. Warum orientiert man sich hier nicht an der Versteifung des Ellenbogengelenks in gebrauchsgünstiger Stellung (Tab. 2)?

Da Versteifung und erhebliche Bewegungseinschränkung nicht wie in der Tabelle angegeben gleichzeitig vorliegen können, muss unterstellt werden, dass man eine Bewegungseinschränkung auf Werte der Streckung/Beugung von 0-60-90° der Versteifung gleichstellt. Dies erscheint nicht einleuchtend auch in Bezug auf die Beurteilung der Unterarm-Drehfähigkeit, wo völlig neue Funktionsdefizite angegeben werden, ohne dass diese schlüssig mit den bisher Anwendung findenden abgeglichen werden. Eine Ver-

Ellenbogengelenk

Streckung/Beugung

Unterarmdrehung frei



Referenzliteratur: (Kälicke, Weber, Backhaus, & Muhr G & Citak, 2010), (O'Neill, Morrey, & Tanaka, 1992), (Haselhuhn, 2015), (Klemm, Wittchen, Willauschus, Fuhrmann, & Hohendorff, 2020)

Tabelle 2: Ellenbogengelenkversteifung in gebrauchsgünstiger Stellung

steifung der UA-Umwendung in Neutralstellung 0/0/0° kann zum Beispiel noch gut durch eine Abduktion des Oberarmes ausgeglichen werden, eine Versteifung in Supinationsstellung müsste demnach mit 40 v.H. bewertet werden, was einer Amputation aller Langfinger einer Hand entspricht.

Bei der Versteifung des Handgelenks wird überhaupt nicht benannt, von welcher Stellung bei der Versteifung ausgegangen werden soll. Auch hier wäre es doch sinnvoll, zunächst einen Eckwert für die Versteifung in gebrauchsgünstiger Stellung (Tab. 3) zu definieren.

Soll von einer Versteifung in dieser gebrauchsgünstigen Stellung ausgegangen werden, die dann der früheren Bezeichnung „in Neutralstellung“ gleichzusetzen wäre, so zeigt sich, dass bei der Beurteilung von Bewegungsstörungen im Gegensatz zu den Verlustwerten eben nicht auf die 5er-Staffelung der MdE verzichtet werden kann.

Als letztes Beispiel sei benannt die Versteifung von oberem und unterem Sprunggelenk. Auch hier wird die Stellung der Versteifung nicht angegeben, so dass unterstellt werden muss, dass die Versteifung wieder in gebrauchsgünstiger Stellung (Tab. 4) gemeint ist.

Die Autoren stellen nun dieses Funktionsdefizit dem Verlust eines Fußes im Rückfuß gleich. Ebenso setzen sie an anderen Stellen wegen Verzicht auf die 5er-Abstufung die Versteifung des Handgelenks jetzt einer Versteifung des Kniegelenks gleich.

Diese ausgewählten Gegenüberstellungen zeigen die fehlende Schlüssigkeit der „neuen“ Referenzwerte.

Rechtliche Einordnung

Für die Bemessung der MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung kommt den in Form von Rententabellen bzw. Empfehlungen in der unfallversicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen Literatur veröffentlichten MdE-Erfahrungswerten eine besondere Bedeutung zu. Sie gehen zumeist auf eine jahrzehntelange Entwicklung von Rechtsprechung sowie juristischem und medizinischem Schrifttum zurück und können

Handgelenk	
Extension	Ulnarduktion
	
Referenzliteratur: (Unglaub, Langer, & Unglaub, 2017), (Hastings, Weiss, & Strickland, 1993), (Barbieri, Mazzer, Elui, & Fonseca, 2002), (Klemm, Wittchen, Willauschus, Fuhrmann, & Hohendorff, 2020)	

Tabelle 3: Handgelenkversteifung in gebrauchsgünstiger Stellung

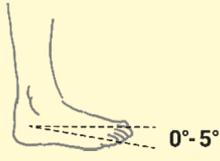
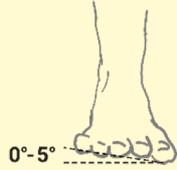
Oberes Sprunggelenk			
	Sagittalebene 0 – 5° Plantarflexion	Frontalebene: 0 – 5° Valgus	Transversalebene: 5° Außenrotation
			
Unteres Sprunggelenk			
Subtalgelenk (hinteres USG)	Frontalebene 0 - 5° Valgus		
Talonaviculargelenk (vorderes USG)	Frontal-, Sagittal- und Transversalebene in Neutralstellung 0°		
Referenzliteratur: (Buck, Morrey, & Chao, 1987), (Morgan, Henke, Bailey, & h., 1985), (Holz, 2006), (Müller, Wick, & Muhr, 1999), (Fuchs, Sandmann, Skwara, & Chylarecki, 2003), (Jerosch & Vollmert, 2005), (Ramczykowski & Schildhauer, 2014), (Trieb, Wirtz, Dürr, & König, 2005), (Zwipp, 1994), (Bertrand, Charissoux, C., & JP., 2001), (Buck, Morrey, & Chao, The optimum position of arthodesis of the ankle, 1987), (Daniels & Mokhimer, 2009), (DeHeer, Catoire, Taulman, & Borer, 2012), (Endres & Zwipp, 2016), (Justifer, Gustafson, & Gorman, 2013), (Klemm, Wittchen, Willauschus, Fuhrmann, & Hohendorff, 2020)			

Tabelle 4: Sprunggelenkversteifung in gebrauchsgünstiger Stellung

daher als allgemein anerkannt angesehen werden.

Die Einstufung von Empfehlungen zur MdE-Bemessung als allgemeine Erfahrungssätze setzt jedoch das Vorliegen bestimmter Kriterien voraus. Von einem allgemeinen Erfahrungssatz kann erst dann gesprochen werden, wenn sich dieser über einen gewissen Zeitraum

gebildet und verfestigt hat. Zudem müssen die Erfahrungssätze auf wissenschaftlicher Grundlage von Fachgremien ausschließlich aufgrund der zusammengefassten Sachkunde und Erfahrung ihrer sachverständigen Mitglieder erstellt worden sein. Schließlich ist erforderlich, dass die jeweiligen Erfahrungswerte immer wiederkehrend angewendet und von

Bild: Dr. H.-T. Klemm

Bild: Dr. H.-T. Klemm

Gutachtern, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträgern und Gerichten sowie Betroffenen anerkannt und akzeptiert werden. Die Anerkennung von Empfehlungen zur MdE-Bemessung als allgemeine Erfahrungssätze setzt damit – ebenso wie bei der sachverständigen Aufstellung der Erfahrungswerte – eine möglichst breite Basis bei der Anwendung voraus.¹

Erfüllen die einschlägigen MdE-Tabellen diese Voraussetzungen, kommt ihnen eine Verbindlichkeit dahingehend zu, dass der Rechtsanwender sie als nicht beweisbedürftigen allgemeinen Erfahrungssatz zu berücksichtigen hat. Sie haben in der behördlichen und gerichtlichen Praxis die Funktion von antizipierten Sachverständigengutachten.

Anhand dieser rechtlichen Relevanz müssen sich die sachverständigen Aufsteller der Erfahrungswerte ihrer Verantwortung und den rechtlichen Konsequenzen bewusst sein. Es ist zwingend in diesem Zusammenhang erforderlich, dass die veröffentlichten Empfehlungen auf einer ausreichend umfangreichen Erfahrung, allgemeinen Anerkennung und Akzeptanz beruhen. Die Anerkennung als allgemeiner Erfahrungssatz stützt sich damit auf die Autorität eines breiten Konsenses der einschlägigen Fachkreise. Das Vorliegen widersprüchlicher bzw. uneinheitlicher Empfehlungen zur MdE-Einschätzung kann daher gegen die Existenz eines allgemeinen Erfahrungssatzes sprechen.

Fazit

Die „neuen Referenzwerte“ der Sektion Begutachtung der DGOU sind als „Arbeitshypothese“ anzusehen und sollten von weiteren Begutachtungsexperten einer kritischen Prüfung unterzogen werden und dazu Anlass geben, weitere alternative, begründete und transparent abgeleitete Vorschläge für eine Neustrukturierung der MdE-Werte zu unterbreiten. Bisher sind die vorgeschlagenen MdE-Werte nicht breit konsentiert und insbesondere wurde die DGUV nicht einbezogen, sodass vor einer unkritischen Anwendung nur gewarnt werden kann.

Bis zur Publikation von breit konsentierten neuen MdE-Erfahrungswerten

haben die alten Erfahrungswerte in den Gutachten-Standardwerken (z.B. (Schönberger, Mehrrens, & Valentin., 2017)) auch für die unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung uneingeschränkt weiter Gültigkeit und müssen von jedem Gutachter auch in dieser Form angewandt werden!

Es ist sicherlich weiterhin nicht damit zu rechnen, dass der Gesetzgeber zur Definition/Beschreibung des heutigen Arbeitsmarktes als Grundlage für die Bildung von MdE-Werten tätig wird. Insofern kann nur dringend dazu geraten werden, sofern eine Überarbeitung auch der MdE-Werte über die Verlustwerte hinaus angedacht ist, dass die DGUV die mit der Beurteilung von Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungssystems befassten medizinischen Fachgesellschaften (DGU, FGIMB, DGPMR, DGOOC und die Bundesanstalt für Arbeit) zur Bildung einer MdE-Expertengruppe einlädt und dann in einem transparenten Verfahren eine Überprüfung der Werte herbeiführt.

Literatur

- 1 Barbieri, C., Mazzer, N., Elui, V., & Fonseca, M. (2002). Functional results of wrist arthrodesis. *Acta ortop. bras.*, 10(1), S. 17ff.
- 2 Bertrand, M., Charissoux, J., C., M., & JP, A. (2001). Étude de la tolérance à long terme de l'arthrodèse talocrurale. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*, 87, S. 677-84.
- 3 Buck, P., Morrey, B., & Chao, E. (1987). The optimum position of arthrodesis of the ankle. *J Bone Joint Surg Am*, 69, S. 1052-1062.
- 4 Buck, P., Morrey, B., & Chao, E. (1987). The optimum position of arthrodesis of the ankle. A gait study of the knee and ankle. *J Bone Joint Surg Am*, 69(7), S. 1052-1062.
- 5 Daniels, T., & Mokhimer, M. (2009). What is the best treatment for end-stage ankle arthritis? . In J. Wright, *Evidence-Based Orthopaedics* (S. 453-461). Saunders.
- 6 DeHeer, P., Catoire, S., Taulman, J., & Borer, B. (2012). Ankle arthrodesis: A literature review. *Clinics in podiatric medicine and surgery*, 29(4), S. 509-527.
- 6 Dresing, K., Eyferth, T., Gaidzik, P., Grotz, M., Lundin, S., Schiltenswolf, M., & Thomann, K. &. (2021). Konsens über Referenzwerte für unfallchirurgische Verletzungsfolgen. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 11(3), S. 57-60.
- 7 Dresing, K., Eyferth, T., Gaidzik, P., Grotz, M., Lundin, S., Schiltenswolf, M., & Thomann, K. &. (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 Unfallchirurg. *MedSach*, 117(5), S. 195-200.
- 7 Endres, T., & Zwipp, H. (2016). OSG-4-Schrauben-Arthrodesis. In J. Hamel, & H. Zwipp, *Sprunggelenk und Rückfuß* (S. 121-129). Springer.
- 8 Freedman, L., & Munro, R. (1966). Abduction of the arm in the scapular plane: Scapular and glenohumeral movements. A roentgenographic study. *J Bone Joint Surg(48-A)*, S. 1503-1510.
- 9 Fuchs, S., Sandmann, C., Skwara, A., & Chylarecki, C. (2003). Quality of life 20 years after arthrodesis of the ankle. In *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 85(7), S. 994-998.
- 10 Haselhuhn, K. (2015). Einsteifung nach Ellenbogenverletzung. *Trauma Berufskrankh*, 17[Suppl 1], S. 17[Suppl 1]140-147.
- 11 Hastings, H., Weiss, A., & Strickland, J. (1993). Arthrodesis of the wrist. Indication, technique and functional consequences for the hand and wrist. *Der Orthopäde*, 22, S. 86-91.
- 12 Holz, U. (2006). Posttraumatische Arthrose: Arthrodesis/Endoprothese. *Trauma Beruf*, 8, S. 20-25.
- 13 Jerosch, J., & Vollmert, O. (2005). Arthrodeseverfahren am oberen Sprunggelenk. *Trauma Berufskrankh*, 7, S. 578-584.
- 14 Justifer, J., Gustafson, P., & Gorman, R. (2013). Subtalar Arthrodesis Alignment: The effect on ankle biomechanics. *Foot Ankle Int*, 34, S. 244-250.
- 15 Källicke, T., Weber, O., Backhaus, M., & Muhr G & Citak, M. (2010). Salvage Procedures am Ellenbogen - Alternativen zur Ellenbogenendoprothetik. *Der Unfallchirurg*, 113, S. 990-995.
- 16 Klemm, H., Wittchen, V., Willauschus, W., Fuhrmann, R., & Hohendorff, B. (2020). Gelenkversteifung in gebrauchsgünstiger Stellung - Überlegungen zur Invaliditätsbemessung in der Privaten Unfallversicherung. *Der Unfallchirurg*, 123(12), S. 988-998.
- 17 Klonz, A., & Habermeyer, P. (2007). Schulterarthrodesis: Hochstabile und weichteilschonende Technik durch eingeschobene winkelstabile Platte in der Fossa supraspinata. *Unfallchirurg*, 110(10), S. 891-895.

- 18 Morgan, C., Henke, J., Bailey, R. K., & h.: (1985). Long-term results of tibiotalar arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am*, 67(4), S. 546-550.
- 19 Moseley, H. (1964). Arthrodesis of the shoulder in the adult. *Clin Orthop*, 20, S. 156–162.
- 20 Müller, E., Wick, M., & Muhr, G. (1999). Surgical management of posttraumatic malalignments and arthroses in the ankle. *Der Orthopäde*, 28(6), S. 529-537.
- 21 O'Neill, O., Morrey, B., & Tanaka, S. &. (1992). Compensatory motion in the upper extremity after elbow arthrodesis. *Clin Orthop Relat Res*, 281, S. 89–96.
- 22 Ramczykowski, T., & Schildhauer, T. (2014). Sprunggelenks- und Rückfußarthrosen. *Trauma Berufskrankh*, 16(4), S. 264–270.
- 23 Rühmann, O., Schmolke, S., Bohnsack, M., & Kirsch, L. &. (2004). Schulterarthrodese Indikation, Technik, Ergebnisse, Komplikationen. *Orthopäde*, 33, S. 1061–1082.
- 24 Schönberger, Mehrtens, & Valentin. (2017). Arbeitsunfall und Berufskrankheit (9. Ausg.). Erich Schmidt.
- 25 Trieb, K., Wirtz, D., Dürr, H., & König, D. (2005). Ergebnisse nach Arthrodesis des oberen Sprunggelenks. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 143(2), S. 222–226.
- 26 Unglaub, F., Langer, M., & Unglaub, J. e. (2017). (Teil)Arthrodesen am Handgelenk. *Der Unfallchirurg*, 120, S. 513–526.
- 27 Zwipp, H. (1994). *Chirurgie des Fußes*. Springer.

1 Vgl. JurisPK-SGB VII 2. Auflage 2014, § 56 Rn. 57 ff.

Antwort für die Verfasser:

Die MdE-Expertengruppe der DGUV präsentierte eine Eckwerte-Tabelle am

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr.med. M. Schiltenswolf
 DGOU Geschäftsstelle
 Strasse des 17.Juni 106-108
 10623 Berlin
 Email: begutachtung@dgou.de

27.06.2018 den Sozialpartnern, den medizinischen Fachgesellschaften, den Berufsverbänden, der Sozialgerichtsbarkeit und den Betroffenenverbänden. Es folgte eine Publikation in *MedSach* 5/20 (Schiltenswolf M, Wich M, Scholtysik D: Die neue MdE-Eckwertetabelle der DGUV – wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Umsetzungsempfehlungen. *MedSach* (2020) 116: 219-222).

Die Eckwertetabelle umfasste Empfehlungen für Verluste von Armen und Beinen. Werte für sonstige Gesundheits-

störungen nach Unfällen und bei Berufskrankheiten waren daher an dieser Eckwertetabelle neu zu orientieren. Einen solchen Vorschlag hat nunmehr die Sektion Begutachtung der DGUV vorgelegt. Sie übernahm die Methodik der Eckwertetabelle. Der Vorschlag soll im Weiteren in der MdE-Expertengruppen der DGUV diskutiert und letztlich konsentiert werden.