

Die Begutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Kurs I

Impressum

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

Verfasserin
und Verfasser: Dr. med. Ruprecht Beickert
Stv. Ärztlicher Direktor i. R.
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau
Prof.-Küntscher-Straße 8, 82418 Murnau am Staffelsee

Marion Bischof
Kompetenz-Center Grundsatzfragen Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten,
Renten und Formtexte, Abteilung Rehabilitation und Leistungen
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
Waldring 97, 44789 Bochum

Martin Forchert
Leiter der Stabsstelle UV-Recht
Berufsgenossenschaft Holz und Metall
Werner-Bock-Straße 38-40, 33602 Bielefeld

Prof. Dr. med. Michael Wich
Stv. Ärztlicher Direktor
Unfallkrankenhaus Berlin
Warener Str. 7, 12683 Berlin

in Zusammenarbeit mit der DGUV

Ausgabe: Dezember 2022

Satz und Layout: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Berlin

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Verzeichnis der Bilder	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Verfahrensrechtliche Rahmenbedingungen des Sachverständigengutachtens	8
1.1 Amtsermittlungs- oder auch Untersuchungsgrundsatz – § 20 SGB X.....	8
1.1.1 Inhalt des Amtsermittlungs-/Untersuchungsgrundsatzes.....	8
1.1.2 Freie Wahl der Beweismittel.....	9
1.1.3 Grundsätze der Nichtförmlichkeit und Einfachheit, der Sparsamkeit und der Beschleunigung.....	9
1.2 Entscheidung mit Gutachten, Formulargutachten.....	9
1.2.1 Auswahl der Gutachterinnen und Gutachter.....	10
1.2.1.1 Das Auswahlrecht der versicherten Person.....	10
1.2.1.2 Das Recht auf „persönliche Begegnung“.....	11
1.2.1.3 Vorbereitung des Gutachtervorschlags bei Klinikärzten bzw. Klinikärztinnen.....	11
1.2.2 Gutachtenarten.....	12
1.2.3 Erstes Rentengutachten.....	12
1.2.4 Gutachten Rente nach Gesamtvergütung.....	13
1.2.5 Zweites Rentengutachten zur erstmaligen Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit.....	13
1.3 Das Sachverständigengutachten.....	13
1.3.1 Das Sachverständigengutachten.....	13
1.3.2 Formale Gutachtengesichtspunkte.....	14
1.3.3 Sachverständige.....	14
1.4 Mitwirkung der zu untersuchenden Person.....	15
1.4.1 Mitwirkung der zu untersuchenden Person.....	15
1.4.2 Grenzen der Mitwirkung – § 65 SGB I.....	16
1.4.3 Anspruch auf Mitnahme einer Begleitperson.....	18
1.5 Persönliche Verantwortung für das Gutachten.....	18
1.5.1 Persönliche Verantwortung für das Gutachten.....	19
1.6 Aufgaben der Sachverständigen – aus ärztlicher Sicht.....	22
2 Materiell-rechtlicher Rahmen des Sachverständigengutachtens	25
2.1 Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls.....	25
2.2 Unfallbegriff – innere Ursachen – Unfall aus innerer Ursache.....	26
2.3 Die Verletztenrente.....	30
2.3.1 Verletztenrente – Allgemeines.....	30
2.3.2 Funktion der Verletztenrente.....	30
2.3.3 Arten der Verletztenrente.....	31
2.3.4 Beginn, Änderung von Renten.....	32
2.4 Medizinische Grundlagen der Rentenbegutachtung.....	35
2.4.1 Rentenbegutachtung ist Funktionsbegutachtung.....	35
2.4.2 Dokumentation.....	35
2.4.3 Qualitätssicherung.....	36
2.4.4 Erfahrungswerte.....	36

3	Die Begutachtung exemplarisch anhand des ersten Rentengutachtens	38
3.1	Vorbereitung	38
3.2	A Vorgeschichte	38
3.2.1	A 1 Art der Verletzung	38
3.2.2	A 2 Entstehung der Verletzung	39
3.2.3	A 3 Befund	39
3.2.4	A 4 Bisherige Behandlung	39
3.3	B Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung	40
3.3.1	B 1 Klagen der versicherten Person	40
3.3.2	B 2 Allgemeinzustand	40
3.3.3	B 3 Befund der Verletzungsfolgen	40
3.3.4	B 4 Klagen und Befund in Übereinstimmung	42
3.3.5	B 5 Unfallfolgen	42
3.3.5.1	Kurze Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen	42
3.3.5.2	Unfallfolgen – unfallunabhängige Veränderungen	42
3.3.6	B 6 Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen	45
3.3.7	B 7 Minderung der Erwerbsfähigkeit	46
3.3.7.1	Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit	47
3.3.7.2	Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – Allgemeines	48
3.3.7.3	Einzelheiten zur MdE	50
3.4	C Weitere medizinische Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe	54
3.4.1	C 1 Weitere medizinische Maßnahmen – aus ärztlicher Sicht	54
3.4.2	C 1 Weitere medizinische Maßnahmen – aus Sicht der Verwaltung	56
3.4.3	C 2 Welche Arbeiten können verrichtet werden – aus ärztlicher Sicht	57
3.4.4	C 2 Welche Arbeiten können verrichtet werden – aus Sicht der Verwaltung	57
3.4.5	C 5 Sonstige Bemerkungen	58
4	Das freie Gutachten	59
4.1	Notwendigkeit	59
4.2	Aufbau	59
5	Rechnungsstellung	62
5.1	Gutachtengebühren	62
5.2	Ärztliche Leistungen (§ 60 Arztervertrag)	63
5.3	Schreibgebühren (UV-GOÄ Nrn. 190 und 191)/Portoauslagen	63
5.4	Umsatzsteuerpflicht auf ärztliche Gutachten	64
6	Empfehlungen	65
6.1	Hinweise bei MdE-Einschätzung von Schülern bzw. Schülerinnen und Studierenden	65
6.2	Untersuchungsgang und Befundung – obere Extremität	65
6.2.1	Allgemeinbefund	65
6.2.2	Lokalbefund	66
6.2.2.1	Betrachtung (im Stehen!)	66
6.2.2.2	Betastung	66
6.2.2.3	Bewegungsprüfung entsprechend Neutral-0-Methode!	66
6.2.2.4	Vermessung	66
6.3	Untersuchungsgang und Befundung – untere Extremität	66
6.3.1	Allgemeinbefund	66
6.3.2	Lokalbefund	66
6.3.2.1	Betrachtung (im Stehen!)	66
6.3.2.2	Gangbild	67
6.3.2.3	Betastung (in Rückenlage)	67
6.3.2.4	Umfangmessung	67

	Seite
6.3.2.5 Bewegungsprüfung entsprechend Neutral-0-Methode.....	67
6.4 Untersuchungsgang und Befundung – Wirbelsäule.....	67
6.4.1 Allgemeinbefund	67
6.4.2 Lokalbefund.....	67
6.4.2.1 Im Stehen.....	67
6.4.2.2 Im Liegen.....	68
7 Vordrucke.....	69
8 Literaturverzeichnis.....	70

Verzeichnis der Bilder

Merkmale des Arbeitsunfalls.....	25
Unfall aus innerer Ursache	27

Bildnachweis S. 27

aus Lehrmaterial des Zertifikatsprogramms

„Ausbildung zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten

Fachrichtung: Gesetzliche Unfallversicherung, Die Versicherungsfälle“

der Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Oktober 2020

(S. 40, Autorin: Edith Kamrad, fortgeführt Edith Kamrad und Denis Hedermann)

Abkürzungsverzeichnis

Ärztevertrag	Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel, (ab dem 01.01.2013: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin, andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte/Ärztinnen sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) in der jeweils gültigen Fassung.
BG	Berufsgenossenschaft
BKV	Berufskrankheitenverordnung
GdB	Grad der Behinderung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
JAV	Jahresarbeitsverdienst
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
SGB I	1. Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil
SGB IV	4. Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB VII	7. Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB X	10. Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz
SGG	Sozialgerichtsgesetz
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
v. H.	von Hundert

1 Verfahrenrechtliche Rahmenbedingungen des Sachverständigengutachtens

1.1 Amtsermittlungs- oder auch Untersuchungsgrundsatz – § 20 SGB X

Die Unfallversicherungsträger bestimmen Art und Umfang der Ermittlungen nach freiem Ermessen.

Die Unfallversicherungsträger sind Herrinnen des Verfahrens.

Zur Ermittlung des entscheidungsrelevanten Sachverhalts haben die Unfallversicherungsträger die freie Wahl der Beweismittel.

Die Unfallversicherungsträger bestimmen, ob und von wem ein Gutachten und welche Gutachten eingeholt werden.

Es liegt im öffentlichen Interesse, d. h. im Interesse der Beitragszahlerinnen bzw. Beitragszahler und der Versichertengemeinschaft, dass die Ermittlungen rasch, einfach und mit angemessenen Mitteln durchgeführt werden.

1.1.1 Inhalt des Amtsermittlungs-/Untersuchungsgrundsatzes

Das Verwaltungsverfahren zielt darauf ab, den Sachverhalt im Hinblick auf die zu treffenden Entscheidungen in vollem Umfang und in jede mögliche Richtung zu ermitteln und auf den ermittelten Sachverhalt die rechtlichen Vorschriften zutreffend anzuwenden. Der Untersuchungs- oder auch Amtsermittlungsgrundsatz, der sich aus § 20 SGB X ergibt, enthält eine Leitlinie für die Sachverhaltsermittlung. Die Verwaltung ist somit gehalten, alle für den Sachverhalt im Einzelfall relevanten Gesichtspunkte und Informationen zu ermitteln, sodass es im Idealfall keine offenstehenden Tatsachenfragen gibt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der geltenden Beweislastregeln wichtig.

Im Sozialrecht gelten nämlich die gleichen Beweislastgrundsätze wie in anderen Rechtsgebieten, wonach immer derjenige/diejenige, der/die eine für ihn/sie günstige Rechtsfolge geltend machen will, die Folgen der Nichterweislichkeit der anspruchsbegründenden Tatsachen trägt. Umgekehrt tragen die UV-Träger aber auch die Folgen der Nichterweislichkeit von anspruchshindernden Tatsachen. Aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes haben die Versicherungsträger von sich aus alle entscheidungserheblichen Tatsachen zu ermitteln – die versicherte Person muss also nicht selbst diesbezüglich tätig werden – und die Regeln der Beweislast sind erst dann anzuwenden, wenn sich eine Tatsache *auch nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten* durch die Verwaltung nicht beweisen lässt.

Der Untersuchungsgrundsatz betont die Rolle der Sozialleistungsträger als verfahrenslleitende Behörde. Die Behörden sind zur Objektivität verpflichtet, bestimmen Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten sind sie nicht gebunden (§ 20 Abs. 1 SGB X) und sie haben alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen als auch ungünstigen Umstände, zu berücksichtigen (§ 20 Abs. 2 SGB X). Dass die Behörden an Anträge oder Vorbringen von Beteiligten nicht gebunden sind, bedeutet jedoch nicht, dass derartige Äußerungen der Beteiligten oder

dritter Personen einfach übergangen werden könnten. Denn nach § 20 Abs. 2 SGB X sind alle Informationen, auch und gerade, wenn sie von den Beteiligten kommen, im Rahmen der Ermittlungen daraufhin zu überprüfen, ob sie Bedeutung haben und zutreffen.

Bei der Erhebung von Sozialdaten darf das Amtsermittlungsprinzip nur innerhalb der besonderen datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen (§§ 67 ff. SGB X).

1.1.2 Freie Wahl der Beweismittel

Zur Ermittlung des entscheidungsrelevanten Sachverhalts haben die UV-Träger die freie Wahl der Beweismittel (§ 21 Abs. 1 SGB X). Sie können insbesondere Auskünfte jeder Art einholen, Zeugen und Sachverständige vernehmen oder schriftliche oder elektronische Äußerungen von diesen einholen, sowie Akten und Urkunden beziehen, soweit dies zur Leistungsfeststellung notwendig ist.

Gemäß § 21 Abs. 3 SGB X besteht für Sachverständige eine Pflicht zur Erstattung von Gutachten (auch § 46 Abs. 1 Vertrag Ärzte/UV-Träger [Ärztevertrag]: Der Arzt bzw. die Ärztin, der bzw. die die Erstversorgung geleistet oder die versicherte Person behandelt hat, erstattet dem UV-Träger die Auskünfte, Berichte und Gutachten, die dieser im Vollzuge seiner gesetzlichen Aufgaben von ihm einholt). Allerdings kann die Behörde die Gutachtenerstattung nicht erzwingen.

Die im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten sind keine Privatgutachten; sie sind auch im sozialgerichtlichen Verfahren urkundlich verwertbar.

1.1.3 Grundsätze der Nichtförmlichkeit und Einfachheit, der Sparsamkeit und der Beschleunigung

Es liegt im öffentlichen Interesse, d. h. im Interesse der Beitragszahler und der Versicherungsgemeinschaft, dass die Ermittlungen rasch, einfach und mit angemessenen Mitteln durchgeführt werden (*Grundsätze der Nichtförmlichkeit und Einfachheit, der Beschleunigung und Sparsamkeit* – §§ 9 SGB X, 17 SGB I und 69 Abs. 2 SGB IV).

Daraus folgt im Einzelnen insbesondere:

- Im Verwaltungsverfahren sind grundsätzlich keine bestimmten Formen einzuhalten, es sei denn, das Gesetz schreibt solche ausdrücklich vor.
- Sozialleistungen sind schnell zu erbringen und beschleunigt festzustellen.
- Von mehreren gleich geeigneten Mitteln ist grundsätzlich das kostengünstigere anzuwenden.

1.2 Entscheidung mit Gutachten, Formulargutachten

Die Unfallversicherungsträger müssen grundsätzlich den versicherten Personen drei Gutachterinnen bzw. Gutachter zur Auswahl stellen.

Die versicherten Personen haben ein Mitwirkungsrecht bei der Auswahl der Begutachtenden; dies gilt nicht nur für das Hauptgutachten.

An wichtigen Formulargutachten, die das chirurgische Fachgebiet betreffen, existieren:

- Erstes Rentengutachten
- Gutachten Rente nach Gesamtvergütung
- Gutachten – Nachprüfung MdE
- Zweites Rentengutachten – Rente auf unbestimmte Zeit
- Gutachten Abfindung – Gutachten bei Antrag auf Gewährung einer Rentenabfindung.

„Ob“, und wenn ja, welches Gutachten eingeholt wird, richtet sich nach der durch den UV-Träger zu treffenden Entscheidung. Bei einer Vielzahl von Verwaltungsentscheidungen werden keine Gutachten benötigt.

Beispiele:

Es besteht kein innerer Zusammenhang zwischen der zum Unfall führenden Handlung und der versicherten betrieblichen Tätigkeit oder es fehlt an der sogenannten Unfallkausalität, also an dem rechtlich wesentlichen Zusammenhang zwischen einem Unfallereignis und der versicherten Tätigkeit; bei medizinischen Fragen, die in der ärztlichen Wissenschaft eindeutig geklärt sind – so kann z. B. die Einholung eines Gutachtens bei Leistenbrüchen oder Bandscheibenvorfällen unterbleiben, sofern der objektive Befund aufgrund des D-Arzt-Berichts eindeutig geklärt ist und das Ereignis von geringer Intensität war und nicht unmittelbar auf die erkrankte Körperstelle eingewirkt hat.

In der Regel sind Gutachten immer dann notwendig, wenn es um *Fragen über Art und Ausmaß von Gesundheitsstörungen und deren Ursachen* geht.

1.2.1 Auswahl der Gutachterinnen und Gutachter

1.2.1.1 Das Auswahlrecht der versicherten Person

„Von wem“ ein Gutachten eingeholt wird, hat bis zum 1.1.1997 der UV-Träger nach seinem Ermessen bestimmt. Es war bewährte Praxis, Gutachten von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt einzuholen. § 46 Abs. 1 Satz 1 Ärztevertrag ist Ausdruck davon.

Seit dem Inkrafttreten des SGB VII am 1.1.1997 haben die versicherten Personen ein Mitwirkungsrecht bei der Gutachterausswahl. Gem. § 200 Abs. 2 SGB VII sollen den versicherten Personen „mehrere Gutachter zur Auswahl“ benannt werden. „Sollen“ bedeutet eine Pflicht für den Regelfall und die Erlaubnis, ausnahmsweise abzuweichen, wenn der Einzelfall es erfordert, z. B. weil es für eine spezielle Problemstellung kompetente Expertise nur von einer Person geben kann.

Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung eine „vertrauensbildende Maßnahme der Transparenz“ einführen und die „Mitwirkungsrechte der versicherten Personen stärken“. Das Auswahlrecht gilt insofern auch bei Gutachten nach Aktenlage.

„Mehrere Gutachter“ zur Auswahl stellen, heißt in der Regel mindestens drei Gutachterinnen oder Gutachter zu benennen, aus denen die versicherte Person auswählen kann. Dem Benennungsrecht der UV-Träger steht das Auswahlrecht (nicht: Vorschlagsrecht – Vorschläge der versicherten Person sind nur Anregungen!) der versicherten Person gegenüber.

Gelegenheit zur Auswahl einer oder eines Sachverständigen ist auch zu geben, wenn UV-Träger *von vornherein* mehrere Gutachtaufträge an mehrere Sachverständige unterschiedlicher Fachrichtungen erteilen oder die zunächst mit dem Gutachten beauftragte Person dem UV-Träger mitteilt, dass zusätzlich Gutachten aus anderen Fachrichtungen notwendig sind (sog. „Zusatzgutachten“).

Ergibt sich erst während der gutachterlichen Untersuchung, dass ein Zusatzgutachten erforderlich ist, darf die Hauptgutachterin oder der Hauptgutachter nur dann eine weitere Person für das Zusatzgutachten auswählen, wenn die auftraggebende Institution zustimmt und die versicherte Person einverstanden ist. Ohne dieses Einverständnis ist vor der Zusatzbegutachtung zunächst ein Auswahlverfahren durchzuführen.

Beispielfall:

Ein Versicherter hat bei einem Arbeitsunfall eine Schädelprellung erlitten und klagt bei der gutachterlichen Untersuchung über Schwindelerscheinungen. Zur Abklärung soll eine neurologische Zusatzbegutachtung und ggf. noch eine HNO-ärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Die mit dem Zusatzgutachten beauftragte Person kann im Einvernehmen mit der versicherten Person und nach telefonischer Abstimmung der Hauptgutachterin oder dem Hauptgutachter mit dem UV-Träger ausgewählt werden.

1.2.1.2 Das Recht auf „persönliche Begegnung“

Aus der gesetzlichen Verpflichtung der UV-Träger, der versicherten Person mehrere Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl vorzuschlagen (§ 200 Abs. 2 SGB VII), ergibt sich laut BSG die Pflicht für die mit dem Gutachten beauftragte sachverständige Person, der versicherten Person „persönlich zu begegnen“. Bei Gutachten, die niedergelassene Durchgangsärzte oder Durchgangsärztinnen oder Ärztinnen oder Ärzte von Gutachteninstituten erstatten, ist es regelmäßig unproblematisch, dieser Pflicht zu genügen. Bei an Kliniken durchgeführten Begutachtungen haben die UV-Träger den versicherten Personen bisher meist die jeweiligen Chefärzte oder Chefärztinnen als Sachverständige vorgeschlagen, unabhängig davon, wie intensiv diese in den Begutachtungsprozess eingebunden waren und ob sie den Probandinnen oder Probanden „persönlich begegnet“ sind oder nicht. Diese Praxis ist laut BSG ein Verfahrensfehler.

Das Gutachterausswahlverfahren gemäß § 200 Abs. 2 SGB VII findet zumeist Wochen vor dem Untersuchungstermin statt. Das BSG verlangt von den UV-Trägern, schon zu diesem frühen Zeitpunkt zu wissen, welcher bzw. welche Chef-, Ober- oder Facharzt bzw. -ärztin im Falle der Auswahl an einem noch gar nicht festgelegten Untersuchungstag zur Verfügung stehen würde, um der versicherten Person „persönlich zu begegnen“. Die UV-Träger haben regelmäßig keine Kenntnisse über interne Abläufe (Dienstpläne etc.) in den Kliniken. Um Sachverständige vorschlagen zu können, die ggf. dann später für eine „persönliche Begegnung“ mit den versicherten Personen zur Verfügung stehen, sind sie auf die Zusammenarbeit mit den Kliniken angewiesen.

1.2.1.3 Vorbereitung des Gutachtervorschlags bei Klinikärzten bzw. Klinikärztinnen

Nach den Vorstellungen der UV-Träger wird bei jeder Klinik, die Gutachten für die GUV erstattet, eine zentrale Gutachten-Servicestelle einzurichten sein. Sie ist mit einer Person zu besetzen, die an der klinikinternen Gutachtenverteilung beteiligt ist. Die UV-Träger werden an diese Stelle eine Voranfrage richten, die alle erforderlichen Angaben enthält, damit die Klinik eine sachverständige Person benennen kann, welche dann der versicherten Person als Gutachterin oder Gutachter vorgeschlagen wird. Sie erwarten von den Kliniken innerhalb von drei Arbeitstagen eine Antwort, um das Verfahren nicht übermäßig zu verlangsamen.

Die Voranfrage eines UV-Trägers ist kein vorweg genommener Gutachtenauftrag! Zeiträume für die Begutachtung zu reservieren, ist weder erforderlich noch sinnvoll. Entscheiden sich Versicherte gegen den Vorschlag, ist eine Absage an die Klinik nicht vorgesehen. Von Voranfrage bis Gutachtenauftrag können mehrere Wochen vergehen, weil die UV-Träger die Rückmeldung der versicherten Personen abzuwarten haben und erst danach den Gutachtenauftrag erteilen können.

1.2.2 Gutachtenarten

Welches Gutachten – z. B., ob ein freies oder ein Formulargutachten – eingeholt wird, entscheidet der Versicherungsträger nach freiem Ermessen. Vergleiche hierzu § 48 Abs. 1 Ärztevertrag.

Freie Gutachten werden primär bei fraglichen Ursachenzusammenhängen (sog. Zusammenhangsgutachten), komplexen Verletzungen und notwendigen Abgrenzungen von begleitenden unfallabhängigen Erkrankungen eingeholt. Das Zusammenhangsgutachten wird inhaltlich ausschließlich im Kurs II behandelt.

Die in diesem Kursbuch I behandelten Formulargutachten werden in der Regel eingeholt bei *überschaubaren Verletzungen und einfachen Ursachenzusammenhängen, grundsätzlich nicht bei Berufskrankheiten* (Ausnahme: Lärmschwerhörigkeit) *und zweifelhaften Kausalzusammenhängen*. Auch bei Polytraumen kommt wegen des begrenzten Rahmens ein Formulargutachten *selten* infrage.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verwenden weitgehend einheitliche Formulargutachten, die sich insbesondere inhaltlich kaum unterscheiden. Es geht inhaltlich in der Regel um die Anamnese mit Informationen zum Verletzungsgeschehen und Krankheitsverlauf sowie um Vorerkrankungen und Arbeitsbedingungen, die aktuellen Klagen und Beschwerden und immer um den aktuellen klinischen Befund, die Abgrenzung von Unfall- und Nicht-Unfallfolgen, die MdE-Einschätzung und die Frage nach eventuell möglichen weiteren medizinischen und beruflichen Rehabilitations- und Unterstützungsmaßnahmen.

An wichtigen Formulargutachten, die das *chirurgische Fachgebiet* betreffen, existieren:

- Erstes Rentengutachten
- Gutachten – Rente nach Gesamtvergütung
- Zweites Rentengutachten – Rente auf unbestimmte Zeit
- Gutachten – Nachprüfung MdE
- Gutachten Abfindung – Gutachten bei Antrag auf Gewährung einer Rentenabfindung

Die Formulargutachten können auf der Webseite der DGUV (www.dguv.de/formtexte/aerzte) heruntergeladen werden.

Kurz zu Inhalt und Bedeutung dieser Gutachten:

1.2.3 Erstes Rentengutachten

Wie der Name schon sagt, geht es in diesem Gutachten vor allem darum, nach Abschluss der Heilbehandlung erstmals festzustellen, ob, und wenn ja in welcher Höhe, ein Anspruch auf Verletztenrente in Form einer vorläufigen Entschädigung besteht. Eine vorläufige Entschädigung kann innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall gewährt werden. Damit kann der UV-Träger, solange sich die Unfallfolgen noch nicht konsolidiert haben, relativ schnell und ohne große juristische Hindernisse auf jede Veränderung des Gesundheitszustands reagieren – Renten also erhöhen, herabsetzen oder entziehen. Bei der Rente auf unbestimmte Zeit ist dies nur unter besonderen Voraussetzungen möglich.

Neben der erstmaligen Rentenfeststellung hat das Erste Rentengutachten noch weitere wichtige Funktionen – siehe hierzu unter „Die Begutachtung exemplarisch anhand des Ersten Rentengutachtens“.

1.2.4 Gutachten Rente nach Gesamtvergütung

Hier wurde bereits eine Verletztenrente in Form einer Abfindung – einer Einmalzahlung, nämlich der Gesamtvergütung – geleistet. In diesem Gutachten geht es jetzt darum zu prüfen, ob über den bisher gewährten Verletztenrentenzeitraum hinaus ein Anspruch auf Verletztenrente besteht.

1.2.5 Zweites Rentengutachten zur erstmaligen Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit

Hier geht es um die Frage, ob der versicherten Person eine Rente für einen unbegrenzten Zeitraum zusteht. Achtung: Es geht hier nicht um eine Rente auf Lebenszeit, weil auch diese Rente – wie die vorläufige Entschädigung – entzogen werden kann, aber nur unter bestimmten, Bedingungen. Deshalb wird eine solche Rente auch in der Regel erst nach Konsolidierung der gesundheitlichen Verhältnisse, spätestens aber 3 Jahre nach dem Unfall, festgestellt.

Näheres hierzu siehe auch unter dem Gliederungspunkt „Verletztenrente“.

1.3 Das Sachverständigengutachten

Formale Gutachtengesichtspunkte:

- Korrekte äußere Gestaltung
- Lesbarkeit und Verständlichkeit für den medizinischen Laien
- nachhaltige Wortwahl
- keine Verwendung von Worthülsen

Zentrale rechtliche Vorgaben an einen Sachverständigen bzw. eine Sachverständige sind:

- Besitz der erforderlichen Fachkompetenz
- die Gutachtenerstellung hat unabhängig, unparteilich
- und nach bestem Wissen und Gewissen zu erfolgen und
- das Gutachten ist persönlich zu erstellen.

Die zu untersuchende Person ist kein bloßes Objekt.

1.3.1 Das Sachverständigengutachten

Was ein Gutachten ist, ist in keinem Gesetz näher definiert. Anhaltspunkte dafür, wann ein Gutachten vorliegt, hat das Bundessozialgericht erstmals in seinen Entscheidungen zu der datenschutzrechtlichen Vorschrift des § 200 Abs. 2 SGB VII vom 05.02.2008 (Az.: B 2 U 8/07 R und B 2 U 10/07 R) aufgezeigt (bekräftigend im Urteil vom 11.04.2013 – Az: B 2 U 34/11).

Für das BSG ergibt sich die Qualifizierung von schriftlichen Äußerungen als Gutachten zum einen aus formalen, zum anderen aber auch wesentlich aus inhaltlichen Kriterien. Für ein Gutachten spricht, wenn ausdrücklich ein Gutachten angefordert wurde oder der bzw. die Sachverständige es selbst als solches bezeichnet und abrechnet. Wurde dagegen nur eine Stellungnahme zum Beispiel beim Beratungsarzt bzw. bei der Beratungsärztin angefordert und wird diese von ihm oder von ihr als eine solche bezeichnet und abgerechnet, so gilt dies als Indiz für eine beratungsärztliche Stellungnahme. Entscheidend für die Abgrenzung einer bloßen ärztlichen Stellungnahme zum Gutachten sind – unabhängig von diesen formalen Kriterien – jedoch der Bezugspunkt der streitgegenständlichen ärztlichen Äußerung, die an den Arzt bzw. die Ärztin gestellten Fragen und die von ihm bzw. ihr gegebenen Ant-

worten. Unter die Kategorie „Gutachten“ fällt nicht jedwede Äußerung oder Stellungnahme eines medizinischen oder technischen Sachverständigen zu einzelnen Aspekten des Verfahrensgegenstandes, sondern nur die umfassende wissenschaftliche Bearbeitung einer im konkreten Fall relevanten fachlichen Fragestellung durch einen Sachverständigen bzw. eine Sachverständige sowie die eigenständige Bewertung der verfahrensentcheidenden Tatsachenfragen, wie z. B. der Zusammenhangsfrage.

1.3.2 Formale Gutachtengesichtspunkte

Diese stellen zwar in der Regel nur „Äußerlichkeiten“ dar, sind aber von erheblicher Bedeutung zum einen für die Verständlichkeit, aber auch für die Überzeugungskraft und Akzeptanz des Gutachtens.

Gefordert wird:

- *Einwandfreie äußere Gestaltung*
- *Lesbarkeit und Verständlichkeit für medizinische Laien*, denn für diese wird das Gutachten erstellt. Sachverständige sind Helfer bzw. Helferinnen und Berater bzw. Beraterinnen von medizinischen Laien, und auch die versicherten Personen müssen das Gutachten verstehen können. Daher sind medizinische Fachbegriffe und Abkürzungen möglichst zu vermeiden beziehungsweise zu erläutern. Dies kann bei Untersuchungsprotokollen mit speziellen Eigennamen, z. B. im Rahmen einer Schulteruntersuchung, dadurch erfolgen, dass beschrieben wird, was getestet wird und was z. B. ein Positiv- oder Negativ-Befund bedeutet.
- *Angemessene Wortwahl*, d. h. keine Herabsetzung, Beschimpfung eines bzw. einer Beteiligten oder anderen Sachverständigen.
- *Nachhaltige Wortwahl*, denn das Gutachten muss oft auch noch nach Jahrzehnten für weitere Entscheidungen herangezogen werden
- *Keine Verwendung von Worthülsen* wie z. B. „Zustand nach ...“ oder „Syndrom“ wie z. B. Lendenwirbelsäulen-Syndrom

Während sich das Gesetz also nicht näher mit Gutachten beschäftigt, stehen im Mittelpunkt vieler Regelungen die am Gutachten Beteiligten. Dies sind:

- Die Person, die es verfasst, d. h. der bzw. die Sachverständige
- Die Person, die das Gutachten „in Auftrag“ gibt oder gegeben hat
- Die Person, die zu begutachten ist

1.3.3 Sachverständige

Ebenso wie beim Gutachten gibt es auch keine allgemeine gesetzliche Definition von Sachverständigen. In der Literatur werden Sachverständige als überdurchschnittlich oder im besonderen Maße Fachkundige bezeichnet, deren Aufgabe es ist, ihren Auftraggebern allgemeine Erfahrungssätze aus ihren Fachgebieten mitzuteilen und für diese Tatsachen festzustellen oder zu beurteilen (*Hartmann* in *Baumbach*: ZPO. Übers. § 402 Rn. 4; *Walter Bayerlein*: Sachverständigenhandbuch. § 1 Rd. 12 ff.).

Die zentralen rechtlichen Voraussetzungen an Sachverständige lassen sich folgendermaßen formulieren: Sie müssen

- die nötige Fachkompetenz und Qualifikation besitzen, d. h. auch, sich kontinuierlich fortbilden, die für das jeweilige Fachgebiet einschlägige aktuelle Literatur sowie den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kennen und
- das Gutachten unabhängig, unparteilich und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten und
- es persönlich erstellen (vgl. hierzu auch „Persönliche Verantwortung für das Gutachten“).

Der selbstverständliche Besitz der notwendigen Fachkompetenz beinhaltet die Prüfung, ob der Auftrag in das eigene Fachgebiet fällt. Überschreitet der bzw. die Sachverständige seine bzw. ihre Fachkompetenz, liegt ein Mangel des Gutachtens vor. Zur Fachkompetenz gehört auch, dass die Sachkunde auf dem neuesten medizinischen Stand ist und zur Durchführung von Untersuchungen die entsprechende Ausstattung (apparativ und personell) vorliegt. Sind Zusatzuntersuchungen auf anderen Fachgebieten erforderlich (z. B. neurologisch) ist zu beachten, dass *vorher die Zustimmung des Auftraggebers eingeholt wird* (v. a. wegen Gutachterausswahlrecht der versicherten Person und wegen der Kostenübernahme).

Die Gutachtertätigkeit dient der Wahrheitsfindung über Tatsachen, von denen die wirtschaftliche Existenz der versicherten Personen abhängen kann. *Unabhängigkeit, Unparteilichkeit, Erstattung des Gutachtens nach bestem Wissen und Gewissen* (objektiv, frei von sachfremden Erwägungen und Einflüssen) sind oberste Gebote der Sachverständigen.

Diese Kriterien sind gleichermaßen für Auftraggeber und Begutachtete unverzichtbar.

Sachverständige können ebenso wie Richterinnen und Richter wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden, wenn ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen ihre Unparteilichkeit zu rechtfertigen. Es gilt insofern folgende Leitlinie: Für die Besorgnis der Befangenheit kommt es nicht darauf an, ob Sachverständige objektiv befangen sind. Ausschlaggebend ist, ob am Verfahren Beteiligte bei vernünftiger Würdigung aller Umstände berechtigten Anlass haben, an der Unparteilichkeit und objektiven Einstellung der Sachverständigen zu zweifeln. Zurückhaltung in der Untersuchungssituation und der Wortwahl im Gutachten ist deshalb Sachverständigenpflicht.

Eine Selbstverständlichkeit für Sachverständige sollte auch der menschenwürdige Umgang mit der zu untersuchenden Person sein. Die versicherten Personen sind keine „Bittsteller“ oder gar „Sozialschmarotzer“ und auch keine bloßen Untersuchungsobjekte, sondern Menschen, bei denen es im Rahmen der Gutachtenerstellung darum geht, objektiv festzustellen, ob berechnete Sozialleistungsansprüche bestehen.

1.4 Mitwirkung der zu untersuchenden Person

Versicherte Personen haben generell eine Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsermittlung, insbesondere eine Mitwirkungspflicht bei Untersuchungen.

Die Grenzen der Mitwirkung bestehen im Übermaßverbot, im Grundsatz der Zumutbarkeit und des geringsten Eingriffs.

Im Falle der Nichterfüllung von Mitwirkungspflichten können Leistungen versagt oder entzogen werden.

1.4.1 Mitwirkung der zu untersuchenden Person

Die versicherten Personen sollen bei der Sachverhaltsermittlung mitwirken, z. B. ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben (§ 21 Abs. 2 SGB X). Bei den Mitwirkungspflichten handelt es sich um Obliegenheiten (Gebote oder Pflichten), die im Eigeninteresse der zu untersuchenden Person aufgestellt wurden. Sie sind zwar nicht erzwingbar, können jedoch im Falle der Nichtbeachtung zu erheblichen Nachteilen führen (vgl. *Bereiter-Hahn*: § 60 SGB I, Rn.1). Bleibt nämlich wegen der fehlenden Mitwirkung von Beteiligten eine anspruchsbegründende Tatsache unbewiesen, so kann dies bei der Entscheidung über die Sozialleistung zulasten der Beteiligten gehen (Beweislast).

Zu den Mitwirkungspflichten zählen insbesondere:

- Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung (§§ 60 bis 62 SGB I)
- Mitwirkung im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (§§ 63, 64, zum Teil auch § 62 SGB I). Die Leistungsberechtigten sollen ihren Teil zum Gelingen der Rehabilitation beitragen (allgemeine Schadensminderungspflicht).
- Mitwirkung bei Untersuchungen (§ 62 SGB I)

Von der zu untersuchenden Person wird im Rahmen gesetzlicher Regelungen unter anderem verlangt, dass sie sich auf Verlangen des Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen *Untersuchungen* unterzieht, soweit dies für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist (§ 62 SGB I).

- Untersuchungen im Sinne dieser Vorschrift sind solche, die als Grundlage für die Entscheidung des UV-Trägers über die Entschädigungspflicht dienen, also für die Regelung der Rechtsansprüche in Betracht kommen wie z. B. Untersuchungen zur Sicherung der Diagnose, zur Feststellung der Unfallfolgen und der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), bezüglich der Arbeitsunfähigkeit oder Nachuntersuchungen, um zu erkennen, ob sich die Unfallfolgen geändert haben usw.
- *Ärztliche Untersuchungsmaßnahmen* sind alle Maßnahmen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zur Feststellung des Gesundheitszustands des bzw. der Untersuchten angezeigt und nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit erforderlich sind. Dazu gehören – nach Maßgabe des Einzelfalls und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft – z. B. Beobachtungen und Messungen, aber auch Entnahme von Blut und anderen Körperflüssigkeiten. Allerdings sind dabei zwingend die Grenzen der Mitwirkung, insbesondere der Grundsatz der Zumutbarkeit, zu beachten (s. u.).

1.4.2 Grenzen der Mitwirkung – § 65 SGB I

Die Grenzen der Mitwirkung bestehen im Übermaßverbot, Grundsatz der Zumutbarkeit und des geringsten Eingriffs.

- Übermaßverbot: Die Erfüllung der Mitwirkungspflicht muss im angemessenen Verhältnis zu der begehrten Sozialleistung stehen – § 65 Abs. 1 Nr. 1 SGB I.
- Grundsatz der Zumutbarkeit: Eingriffe/Untersuchungen sind unzumutbar, wenn
 - Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 - diese mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 - in die körperliche Unversehrtheit erheblich eingreifen.

Grundsätzlich stellen einfache ärztliche Untersuchungen keinen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar, da sie weder gefährlich noch schmerzhaft und damit zumutbar sind. Zu den einfachen körperlichen Untersuchungen gehören z. B.: Pulstest, Krafttest, die objektive Messung der Beweglichkeit der Gelenke, die objektive Prüfung des Hautgefühls und im Bereich der neuropsychopathologischen Untersuchung die Inspektion und Palpation des Schädels, Reflexprüfung, Untersuchung der Koordination, des geordneten, zweckvollen Zusammenspiels von Muskelgruppen (Zeigerversuche), Beobachtung des Gangs, Sensibilitäts- und Geruchsprüfung usw.

- *Grundsatz des geringsten Eingriffs: Nur bei erforderlichen Untersuchungen muss die zu untersuchende Person mitwirken* (Grundsatz der Verhältnismäßigkeit). Untersuchungen dürfen daher erst nach genauer Prüfung der Akten und der verfügbaren früheren Untersuchungsergebnisse anberaumt werden (§ 96 SGB X: Umfang der Untersuchungsmaßnahmen richtet sich nach der Aufgabe, die der Leistungsträger, der die Untersuchung veranlasst hat, zu erfüllen hat). Die Pflicht zur Untersuchung besteht, soweit Klarheit über die Frage, ob und in welchem Umfang ein Anspruch auf Sozialleistung besteht, nur durch die Untersuchung geschaffen werden kann. Untersuchungen dürfen deshalb nicht prophylaktisch durchgeführt werden. Sie sind weiterhin dann nicht zulässig, wenn für

die Leistung bereits ein anderer Versagungsgrund besteht oder wenn verwertbare Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen oder anderweitig beschafft werden können, z. B. durch Beiziehung von Befundberichten des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin und von Untersuchungsunterlagen anderer Leistungsträger im Wege der Amtshilfe oder von bereits bestehenden Röntgenaufnahmen.

Nur nach Prüfung im Einzelfall und mit vorheriger Zustimmung sind zulässig:

- *Blutentnahme*
- *Röntgenuntersuchung* stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Röntgenuntersuchungen sollen vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung von Anspruchsvoraussetzungen notwendig sind bzw. im Einvernehmen mit den Versicherten nach vorheriger Aufklärung vorgenommen werden. Der Einsatz von Röntgenstrahlung bei der Begutachtung ist nach § 25 Abs. 1 S. 1 Röntgenverordnung (RöV) i. V. m. §§ 62, 65 SGB I zulässig (vgl. OVG Hamburg, Beschluss vom 09.02.2011, Az.: 4 Bs 9/11; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 26.08.2015, Az.: 18 UF 92/15), wenn die Röntgenuntersuchung erforderlich (§ 62 SGB I) und zumutbar (§ 65 Abs. 1 und Abs. 2 SGB I) ist. Sachverständige müssen allerdings die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz haben und deshalb Röntgenstrahlung am Menschen anwenden dürfen. Außerdem haben sie vor der Untersuchung zwingend eine rechtfertigende Indikation zu stellen, also abzuwägen, ob der mit der Feststellung des Versicherungsfalls bezweckte Nutzen der sozialen Entschädigung (also der Ausgleich des immateriellen Gesundheitsschadens sowie der Ausgleich für den entstandenen abstrakten Schaden im Erwerbseinkommen) sowie ggf. der Nutzen der Feststellung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen das Strahlenrisiko überwiegt.
- *Computertomografie* (wie bei Röntgenuntersuchung)
- *Elektrophysiologische Diagnostik*
- *Punktion von Gelenken*
- *Injektion von Stoffen* (im Rahmen von Kontrastmitteluntersuchungen)
- *Diskografie, Arthrografie, Lumbalpunktion, Szintigrafie, endoskopische Untersuchungen*

Grundsätzlich zumutbar sind körperliche Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik und MRT-Diagnostik unter Beachtung der medizinischen Kontraindikationen (Herzschrittmacher, Klaustrophobie). Ungeachtet der Zumutbarkeit besteht eine Aufklärungspflicht des Arztes bzw. der Ärztin gegenüber der zur untersuchenden Person.

Für die *Mitwirkungspflicht von Minderjährigen* fehlt eine ausdrückliche Regelung. Wenn es um die Frage geht, ob Minderjährige oder deren gesetzliche Vertreter bzw. Vertreterinnen die Mitwirkung ablehnen können, sollte es letztlich auf die Entscheidungsfähigkeit der Minderjährigen ankommen. Diese müssen sich z. B. einer Untersuchung nicht unterziehen, obwohl die gesetzlichen Vertreter bzw. Vertreterinnen zustimmen, wenn sie es aus einem der in § 65 Abs. 2 SGB X genannten Gründe ablehnen und dessen Voraussetzungen auch tatsächlich gegeben sind.

Die versicherten Personen haben bei der Durchführung der Untersuchungen nach besten Kräften mitzuwirken. Diese Mitwirkungspflichten sind allerdings regelmäßig nicht erzwingbar; die versicherten Personen haben ggf. lediglich die Folgen der Nichtfeststellbarkeit der notwendigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch zu tragen.

Verweigert eine versicherte Person eine zumutbare Untersuchung und wird dadurch in ursächlichem und zeitlichem Zusammenhang die Aufklärung erheblich erschwert und können deshalb die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden, kann der UV-Träger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zum Nachholen der Mitwirkung sogar ganz oder teilweise versagen bzw. entziehen (§ 66 Abs. 1 SGB I).

1.4.3 Anspruch auf Mitnahme einer Begleitperson

Die Frage, ob Begleitpersonen bei der ärztlichen Begutachtung anwesend sein dürfen oder nicht, kann weder generell bejaht noch verneint werden, weil der Einzelfall zu würdigen ist.

Zu beachten ist, dass Begleitpersonen dabei jedoch allein eine beobachtende, keine aktive Funktion haben. Kommt es aufgrund eines aktiven Eingriffs der Begleitperson zu Störungen, kann die Untersuchung abgebrochen werden. Der möglichst umfassende Erkenntnisgewinn in Bezug auf das Begutachtungsziel darf durch die Anwesenheit der Begleitperson nicht beeinträchtigt werden.

Das Interesse einer ungestörten Durchführung der Begutachtung ist daher gegenüber dem Interesse der Betroffenen an der Anwesenheit einer Vertrauensperson nachvollziehbar abzuwägen. Auch hier sollte das Leitmotiv Respekt und Rücksichtnahme gegenüber dem Betroffenen sein. Für die Annahme einer Behinderung oder Störung der Begutachtung durch die Begleitperson müssen spezifische Gründe vorliegen.

Auch wenn eine Begleitperson zugelassen wird, sollte der Gutachter bzw. die Gutachterin die Möglichkeit haben, sich mit dem bzw. der Betroffenen allein zu befassen. Ein Dreiergespräch könnte am Beginn, aber auch am Schluss der Begutachtung stattfinden. Es ist festzustellen, dass im Gegensatz zum gerichtlichen Verfahren der Grundsatz der Parteipflicht im Verwaltungsverfahren nicht gilt.

Beispielfall:

Ein Versicherter, der bei der Verrichtung des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen ist, bringt seine Ehefrau oder andere Familienangehörige als Begleitperson mit. Ein unfallverletztes Kind bringt sein Elternteil als Begleitperson mit.

Kontrovers wird in der medizinischen Literatur diskutiert, ob und inwieweit Fremdanamnesen erhoben werden sollen. Darunter ist eine Exploration von Dritten, meist Familienmitgliedern zur Verifizierung der Angaben des bzw. der Begutachteten zu verstehen (z. B. bezüglich Schmerzangaben, psychischen Auffälligkeiten). Die Vernehmung von Zeugen oder Zeuginnen und die Würdigung deren Angaben obliegt aber nicht dem oder der Sachverständigen, sondern den Verwaltungen/Gerichten. Daher kommt die Fremdanamnese allenfalls als ergänzende Informationsquelle in Betracht (vgl. hierzu *Deitmaring: Begleitpersonen bei der ärztlichen Begutachtung im Sozialverwaltungsverfahren. MedSach 03/2009, 107*).

1.5 Persönliche Verantwortung für das Gutachten

Aufgrund des besonderen persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Gutachtauftraggeber bzw. Gutachtauftraggeberin und Gutachter bzw. Gutachterin ist das Gutachten grundsätzlich persönlich und eigenverantwortlich zu erstellen.

Ob eine Aufgabenübertragung auf Hilfspersonen zulässig ist, hängt vom Einzelfall ab.

Als Kennzeichen, dass der beauftragte Gutachter bzw. die beauftragte Gutachterin die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt, darf am Ende eines Gutachtens nicht die Unterschrift von dem bzw. von der letztlich die Verantwortung tragenden Arzt bzw. Ärztin fehlen.

Übliche Formulierung:

„Einverstanden aufgrund persönlicher Begegnung, Prüfung und Urteilsbildung.“

1.5.1 Persönliche Verantwortung für das Gutachten

Aufgrund des von der Verwaltung einem namentlich benannten Arzt oder einer namentlich benannten Ärztin erteilten Gutachtenauftrags besteht rechtlich eine klare vertragliche „Verantwortlichkeits- und Leistungsschiene“. Durch Annahme des Gutachtenauftrags ist die im Gutachtenauftrag genannte ärztliche Person grundsätzlich selbst zur Vornahme der vertraglich geschuldeten Leistung verpflichtet und hierfür auch allein dem Auftraggeber oder der Auftraggeberin gegenüber verantwortlich. Eine Vertretung in der Ausarbeitung des Gutachtens ist ausgeschlossen. Sie würde einen zentralen Inhalt des Gutachtenauftrags, eine nach ihrer Persönlichkeit und Qualifikation geeignet erscheinende Person ausgewählt zu haben, illusorisch machen (zum Recht der versicherten Personen auf „persönliche Begegnung“ mit dem/r Sachverständigen: s. 1.2.2).

Wie bei jeder vertraglichen Beziehung kann man sich zur Erfüllung der vertraglich geschuldeten Leistung einer Hilfsperson (Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfe) bedienen, es sei denn, die vertragliche Leistung wird höchstpersönlich geschuldet. Letzteres ist im Rahmen eines Gutachtenauftrags wegen des hier regelmäßig zugrunde liegenden besonderen persönlichen Vertrauens im Zweifel immer der Fall. Da die Verwaltung einen Gutachtenauftrag immer nur an Personen mit besonderer Sachkunde vergeben wird, ergibt sich grundsätzlich für den oder die Auftragnehmenden bzw. Auftragnehmende die vertraglich begründete Pflicht, das Gutachten *persönlich und eigenverantwortlich* zu erstellen (s. auch § 407 a Abs. 2 ZPO: „Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.“).

Die besondere Sachkunde wirkt sich nicht erst in der Beurteilung aus. Bereits bei der Erhebung der erforderlichen objektiven Befunde werden oft die durch die Sachkunde gesteuerten Weichenstellungen erfolgen. Insoweit ist auch hier die Sachkunde der Sachverständigen gefragt. Deshalb haben die Sachverständigen das Gutachten auch insoweit grundsätzlich persönlich zu erstellen.

Insbesondere bei Direktoren und Direktorinnen und Chef- sowie Oberärzten bzw. Chef- sowie Oberärztinnen größerer Kliniken ist jedoch davon auszugehen, dass sie die von ihnen laufend geforderten Gutachten neben ihren Hauptaufgaben nur dann zu erstellen vermögen, wenn sie sich dabei zu ihrer Entlastung der Hilfe von Assistenzärzten oder Assistenzärztinnen bedienen und sich auf die für das Gutachten wesentlichen Fragen beschränken können. Gleichzeitig wird dadurch die Assistenzärzteschaft in die selbstständige Erstellung von Gutachten hineinwachsen.

Die Grenze der erlaubten Mitarbeit anderer sachkundiger Personen – mit der Folge der Unverwertbarkeit des in Auftrag gegebenen Gutachtens – ist dann überschritten, wenn aus Art und Umfang der Mitarbeit einer weiteren Person gefolgert werden kann, die beauftragte sachverständige Person habe ihre das Gutachten prägenden und regelmäßig in einem unverzichtbaren Kern von ihr selbst zu erbringenden Zentralaufgaben nicht selbst wahrgenommen, sondern delegiert (BSG-Beschluss vom 18.09.2003 – B 9 VU 2/03 B; und zuletzt BSG-Beschluss vom 05.05.2009 – B 13 R 535/08 B; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07.08.2012 – L 16 R 698/09).

Die Mitwirkung von Hilfskräften bei der Begutachtung ist daher grundsätzlich als zulässig anerkannt, soweit dadurch nicht der unverzichtbare Kern der Aufgaben der sachverständigen Person an andere übertragen wird. Was den unverzichtbaren Kern von Aufgaben der sachverständigen Person ausmacht, ist zwar nicht konkret definiert, wurde aber von der Rechtsprechung recht deutlich umrissen. So zählt nach den Feststellungen des BSG (Beschluss vom 30.01.2006 – B 2 U 358/05 B; Beschluss vom 17.11.2006 – B 2 U 58/05 B) die persönliche Untersuchung der zu begutachtenden Person bei einem ärztlichen Gut-

achten (Ausnahme: psychiatrische Gutachten) und die schriftliche Abfassung des Gutachtens sowohl im Sozial- als auch im Zivilrecht nicht zu den unverzichtbaren Kernaufgaben, die die sachverständige Person zwingend selbst erledigen muss. Soweit sich nicht aus der Eigenart eines Gutachtenthemas die Erforderlichkeit für die spezielle Sachkunde und Erfahrung der gutachterlich tätigen Person für bestimmte Untersuchungen ergebe, reiche es aus, dass sie die von Hilfskräften erhobenen Daten und Befunde nachvollziehe. Es sei entscheidend, dass die gutachterlich tätige Person die Schlussfolgerungen ihrer Mitarbeitenden überprüfe und durch ihre Unterschrift die volle Verantwortung für das Gutachten übernehme. Dies gilt durch den Zusatz „einverstanden aufgrund eigener Untersuchung und Beurteilung“ als ausreichend dokumentiert (vgl. OLG Koblenz, Urteil vom 22.02.2002 – 10 U 1213/01; *Feddern/Widder*: „Die Pflicht des gerichtlichen Gutachters zur persönlichen Untersuchung“ in MED SACH 3/2009, 105).

Beispiel:

Ist z. B. der Umfang der Beweglichkeitseinschränkung aufgrund einer Befunderhebung zu beurteilen, hat die sachverständige Person die entsprechende Befunderhebung ihrer Hilfskraft jedenfalls auf Plausibilität nachzuprüfen. Dies gilt insbesondere, aber nicht nur dann, wenn der Verdacht einer Simulation oder Aggravation besteht. Für die Erstattung eines psychiatrischen Gutachtens ist das explorierende Gespräch und die persönliche Begegnung mit der zu untersuchenden Person der unverzichtbare Kern der von der sachverständigen Person zu erbringenden Zentralaufgabe (vgl. BSG vom 18.9.2003 – B 9 VU2/03 B), bei einer neurologischen Untersuchung hingegen können bestimmte Untersuchungen, wie z. B. die EEG-Messung, übertragen werden (BSG vom 17.11.2006 – B 2 U 58/05 B).

Die sachverständige Person hat dafür einzustehen, dass die von ihr hinzugezogenen Hilfspersonen über die *erforderliche Ausbildung und Zuverlässigkeit* verfügen. Sie muss ihre Hilfspersonen entsprechend Art und Umfang der von ihnen zu erledigenden Tätigkeiten unter dem Gesichtspunkt der fachlichen und persönlichen Eignung sorgfältig auswählen, sie anleiten, überwachen und ggf. fortbilden (*Ockenga*: „Das schriftliche medizinische Gutachten“. Die Sozialversicherung 5/2003, 118, 123). Die Hilfskraft muss demnach für die Mitarbeit grundsätzlich geeignet und befähigt sein.

Bei der Abfassung des schriftlichen Gutachtens kann sich die sachverständige Person grundsätzlich den gesamten Entwurf fertigen lassen, sofern sie durch genaues Studium dieses Entwurfs und durch ggf. erforderliche Korrekturen die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt.

Am Ende eines Gutachtens darf die Unterschrift nicht fehlen – *und zwar von der oder dem letztlich die Verantwortung tragenden Ärztin oder Arzt und der beauftragten Hilfskraft* – als Kennzeichen, dass die mit dem Gutachten beauftragte Person die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt. Die übliche Formulierung lautet nach den Vorgaben des BSG:

„Einverstanden aufgrund persönlicher Begegnung, Prüfung und Urteilsbildung.“

Sachverständige, die das Werk selbst mit dieser formelhaften Wendung unterzeichnet haben, aber Krankenunterlagen, Befundberichte, Formularberichte und Vorgutachten nicht persönlich durchdrungen haben, das Gutachten nicht konzipiert, sondern lediglich einen Entwurf unterschrieben haben, sind gleichsam lediglich „Sachverständige vom Hörensagen“. Höchstrichterliche Rechtsprechung hat diesen laxen Umgang, bei dem die wissenschaftliche Auswertung Gehilfen übertragen wird, bereits mehrfach gerügt.

Eine unbedingt zu vermeidende Unsitte ist: Mitunter weisen Kopfbogen, Diktatzeichen und angegebene Bankverbindung auf die wahre Identität des Autors oder der Autorin hin, während die bestellte sachverständige Person mit der Wendung „Einverstanden ...“ die Verantwortung und – man muss anfügen – auch die strafrechtliche Verantwortung mit übernimmt.

BSG-Beschluss vom 17.11.2006 – B 2 U 58/05 B – Leitsatz:

Ein vom Gericht zur Beurteilung von Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet eingeholtes Gutachten ist nicht deshalb unverwertbar, weil der Sachverständige die körperliche Untersuchung des Probanden und die Erhebung der organmedizinischen Befunde einem ärztlichen Mitarbeiter übertragen hat.

Die Grenze der erlaubten Mitarbeit – mit der Folge der Unverwertbarkeit des Gutachtens – ist überschritten, wenn aus Art und Umfang der Mitarbeit eines weiteren Arztes gefolgert werden kann, der beauftragte Sachverständige habe seine das Gutachten prägenden und regelmäßig in einem unverzichtbaren Kern von ihm selbst zu erbringenden Zentralaufgaben nicht selbst wahrgenommen.

Dass bei einem ärztlichen Gutachten zum unverzichtbaren Kern der Aufgaben des Sachverständigen stets die persönliche Untersuchung des Patienten gehört, ist der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht zu entnehmen. Der 9. Senat des BSG hat in dem vom Kläger zitierten Beschluss vom 18.9.2003 – B 9 VU 2/03 B – (a.a.O. RdNr. 7) lediglich im Fall einer psychiatrischen Begutachtung wegen der Besonderheiten dieses Fachgebiets die persönliche Begegnung des Sachverständigen mit dem Probanden unter Einschluss eines explorierenden Gesprächs als unverzichtbar für die eigene verantwortliche Urteilsbildung angesehen. Dagegen gehören, wenn es wie im vorliegenden Fall um die Beurteilung neurologischer oder anderer organmedizinischer Krankheitsbilder geht, weder die Durchführung der körperlichen Untersuchung noch die schriftliche Abfassung des Gutachtens in jedem Fall zu den Tätigkeiten, die der Sachverständige zwingend selbst erledigen muss. Soweit sich nicht aus der Eigenart des Gutachtenthemas ergibt, dass für bestimmte Untersuchungen die spezielle Sachkunde und Erfahrung des Sachverständigen benötigt wird, reicht es aus, wenn dieser die von Hilfskräften erhobenen Daten und Befunde nachvollzieht. Entscheidend ist, dass der Sachverständige die Schlussfolgerungen seines Mitarbeiters überprüft und durch seine Unterschrift die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt.

BSG-Beschluss vom 18.9.2003 – B 9 VU 2/03 B – Leitsatz:

- 1. Ein vom Gericht mit der Erstattung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragter Sachverständiger ist regelmäßig nicht befugt, seinen Mitarbeitern die persönliche Begegnung und das explorierende Gespräch mit dem Probanden vollständig zu übertragen.*
- 2. Berücksichtigt das Gericht ein verfahrensfehlerhaft zustande gekommenes und deshalb unverwertbares Gutachten, so liegt darin nicht nur ein Beweiswürdigungsmangel.*

Nach § 407a Abs 2 Satz 1 ZPO ist ein Sachverständiger nicht befugt, den vom Gericht erteilten Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Diese Vorschrift hat der Sachverständige Prof. Dr. K. nicht beachtet. Er war zwar berechtigt, sich zur Erledigung des Gutachtensauftrags anderer Personen zu bedienen (§ 407a Abs 2 Satz 2 ZPO), hat aber nicht nur – erlaubt – die Ärztinnen Dr. K. und Dr. P. zur Mitarbeit herangezogen, sondern diesen – unerlaubt – auch vollständig die ein psychiatrisches Gutachten prägende und regelmäßig in einem nicht verzichtbaren Kern vom Sachverständigen selbst zu erbringende Zentralaufgabe überlassen: Die persönliche Begegnung mit dem Probanden unter Einschluss eines explorierenden Gesprächs.

Mit dem umstrittenen Gutachten zu der Frage, ob bei dem Kläger Gesundheitsstörungen bestanden oder bestehen, die mit Wahrscheinlichkeit ursächlich im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung (einmalig oder richtunggebend) auf schädigende Einwirkungen zurückzuführen sind, hatte das LSG als Sachverständigen Prof. Dr. K., den Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie und Psychiatrie

– *Psychiatrie und Psychotherapie – der Universität zu K., beauftragt. Das Gutachten vom 29.4.2002, in dem die Frage diskutiert wird, ob der Kläger an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet, und auf dessen Vorblatt als Sachbearbeiterin bereits Frau Dr. Dagmar K. aufgeführt ist, trägt die Unterschriften von Dr. K. mit dem Zusatz „wiss. Mitarbeiterin“, von Dr. P., die unter der Zeile „Einverstanden aufgrund eigener Untersuchung und Urteilsbildung“ mit dem Zusatz „Oberärztin der Klinik“ gezeichnet hat, und von Prof. Dr. K., der die Formulierung „Einverstanden aufgrund eigener Urteilsbildung“ vorgestellt hat. In umgekehrtem Verhältnis zur Position der genannten Gutachtenautoren in der Klinikhierarchie steht ihr Mitwirkungsgrad bei der Exploration des Klägers: Mehr als ganztägige Untersuchung durch Dr. K., noch mehr als zehnmütiger Termin mit Dr. P. und kein persönlicher Kontakt mit Prof. Dr. K.. Die von Prof. Dr. K. abgegebene Erklärung, dass er aufgrund eigener Urteilsbildung mit dem Gutachten einverstanden sei, reicht unter den gegebenen Umständen nicht aus, um den Anforderungen des § 407a Abs 2 ZPO Genüge zu tun. Denn damit konnte er prozessordnungsgerecht nur die persönliche Verantwortung für Arbeitsergebnisse übernehmen, deren Erstellung er anderen Personen überlassen durfte.*

1.6 Aufgaben der Sachverständigen – aus ärztlicher Sicht

„Zur Erstattung eines Gutachtens ist verpflichtet, wer zur Ausübung der Wissenschaft, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.“ (§ 407 Abs. 1 ZPO). Diese generelle Rechtspflicht aus der Zivilprozessordnung, die für jeden approbierten Arzt bzw. jede approbierte Ärztin zutrifft, regelt zusammen mit den Vorschriften des Sozialgesetzbuches X das Verhältnis zwischen Sachverständigen und den Sozialversicherungsträgern, Gerichten und privaten Versicherungen. Gutachten sind Beweismittel zur Ermittlung von Sachverhalten (§ 21 Abs. 1 SGB X). „Ein ärztliches Gutachten ist die Anwendung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis auf einen Einzelfall im Hinblick auf eine bestimmte, meist außerhalb des direkten medizinischen Bereichs liegende Frage“.

Die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sehen vor, dass für den Erwerb der Gebietsbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie 25 fachbezogene Begutachtungen für Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen oder Gerichte erforderlich sind.

Der bzw. die mit der Begutachtung beauftragte Chefarzt bzw. Chefärztin wird in der Regel dem bzw. der in der Weiterbildung stehenden Arzt bzw. Ärztin einfache Gutachtaufträge zur Bearbeitung weitergeben, d. h. Formulargutachten der Berufsgenossenschaften/Unfallkassen oder Formtextgutachten der privaten Unfallversicherungen.

In der Orthopädie und Unfallchirurgie werden Gutachten für verschiedene Rechtsbereiche erstattet, denen unterschiedliche Gesetze zugrunde liegen.

	Gesetzesgrundlage
Gesetzliche Krankenversicherung	SGB V
Gesetzliche Pflegeversicherung	SGB IX
<i>Gesetzliche Unfallversicherung</i>	<i>SGB VII</i>
Gesetzliche Rentenversicherung	SGB VI
Soziales Entschädigungsrecht	BVG, SVG, ZDG, BseuchG u. v. a. m.
<i>Private Unfallversicherung</i>	<i>VVG, AVB</i>
Private Krankenversicherung	VVG, AVB
Private Pflegeversicherung	VVG, AVB
Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung	VVG, AVB
<i>Haftpflichtversicherung</i>	<i>BGB</i>
Arzthaftpflicht	BGB § 823

Die Kenntnis der wichtigsten Grundsätze des Sozialgesetzbuches VII (siehe Abschnitte 2 und 3 dieses Buches), der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und der Adäquanztheorie des Haftpflichtrechts sind für die sachgerechte Bearbeitung derartiger Aufträge unerlässlich.

Nachdem immer wieder die Begrifflichkeiten der verschiedenen Rechtsbereiche durcheinandergebracht werden, ist bei der Annahme des Gutachtensauftrags zunächst zu prüfen, ob die Kenntnisse und Fähigkeiten der Auftragsnehmenden ausreichen. Minderung der Erwerbsfähigkeit, Invalidität, Grad der Erwerbsminderung, Grad der Behinderung, Einschränkung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit, Gebrauchsbeeinträchtigung: Sehr schnell können die Begriffe verwechselt werden, künden vom mangelnden Sachverstand des Gutachters bzw. der Gutachterin und machen das Gutachten für den Auftraggeber wertlos.

Unfallverletzungen werden nicht nur von Ärzten bzw. Ärztinnen in der Unfallchirurgie oder Orthopädie behandelt. Sie sind ebenso kraft Zuständigkeit an der Behandlung in der Neurochirurgie, Handchirurgie, Kieferchirurgie, Ophthalmologie, Psychiatrie und in in vielen weiteren Fachgebieten beteiligt und müssen auch bei der Beurteilung der Unfallfolgen mit einbezogen bleiben. Der Gutachter bzw. die Gutachterin muss also nicht nur seine bzw. ihre fachliche Zuständigkeit als Unfallarzt bzw. Unfallärztin erkennen, er bzw. sie sollte auch abschätzen können, welche weiteren Fachdisziplinen in die Entscheidungsfindung im Rahmen der Begutachtung von Unfallfolgen mit einbezogen werden müssen. Er bzw. sie muss den Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin darüber informieren, damit dieser bzw. diese die Zusatzgutachten veranlassen kann oder er bzw. sie erhält die Mitteilung, dass der Hauptgutachter bzw. die Hauptgutachterin die weiteren Gutachten diverser Fachgebiete organisieren möge. Die Rechte der versicherten Personen (§ 200 Abs. 2 SGB VII) müssen hierbei gewahrt bleiben.

Bereits beim Eintreffen des Gutachtensauftrags müssen die Sachverständigen prüfen, ob sie zum einen fachlich geeignet sind, die Fragestellung zu beantworten, zum anderen gilt es, bereits in diesem frühen Stadium die Unterlagen auf Vollständigkeit zu sichten und ggf. fehlende Unterlagen, Befunde oder Dokumente anzufordern. Wenn Zuständigkeit gegeben ist und der Sachverstand ausreicht, eine Beurteilung abzugeben, sind Vorbereitungen zu treffen, damit am Tag der Begutachtung alle notwendigen Untersuchungen möglichst reibungslos stattfinden können: Nach Sichtung des mit dem Auftrag vorgelegten Bildmaterials ist zu entscheiden, ob Röntgenuntersuchungen, ggf. sogar aufwendige Untersuchungen wie CT oder MRT, notwendig sind, allerdings nur, wenn es für die Entscheidungsfindung erforderlich ist.

Das „reflexartige“ Röntgen aller ursprünglich betroffenen Körperteile inklusive der nicht betroffenen Körperseite sollte unterlassen werden und die Röntgenaufnahmen nur bei tatsächlichem Bedarf und in Absprache mit der versicherten Person vorgenommen werden (Näheres unter 1.4.2) .

Beispiel:

Eine chronische Instabilität des Sprunggelenks kann man zwar klinisch erfassen, eine gehaltene Röntgenaufnahme des OSG hat aber einen viel überzeugenderen Aussagewert, zumal anlässlich der Begutachtung ja auch weitere Rehabilitationsmöglichkeiten (z. B. spez. physiotherapeutisches Training, Orthesenversorgung, Bandplastik) angesprochen werden sollen. Dann muss aber auch die nichtverletzte Gegenseite untersucht werden, um eine Laxität von einer Instabilität unterscheiden zu können.

Die allgemeinen Anforderungen an die Sachverständigen betreffen aber nicht nur die Vorbereitung. Die Untersuchung der verletzten Person sollte in einer für beide Seiten angenehmen Atmosphäre stattfinden und die Persönlichkeit der zu untersuchenden Person respektieren: Also keine Untersuchung in der hektischen Atmosphäre einer Notfallambulanz

oder unter Zeitdruck (weil der Gutachter bzw. die Gutachterin zurück in den OP muss). Die gutachtliche Untersuchung sollte schematisch stattfinden und die versicherte Person sollte den Eindruck haben, dass nichts übersehen worden ist. Am besten ist es, den Verletzten bzw. die Verletzte am Ende der Untersuchung zu fragen, ob irgendetwas vergessen wurde und alle Beschwerden und Funktionsausfälle ausreichend gewürdigt wurden.

Zur Abfassung des Gutachtens werden an anderer Stelle Hinweise gegeben. Zu den allgemeinen Anforderungen zählt jedoch, dass eine Sprachdisziplin eingehalten wird, die es der versicherten Person, der Sachbearbeitung und dann auch einem Anwalt bzw. einer Anwältin oder einem Richter bzw. einer Richterin erlaubt, das Geschriebene zu verstehen. Das heißt: Die Gutachtensprache ist deutsch, das Gutachten sachlich korrekt gegliedert und der Umfang so knapp und übersichtlich, wie es der Sachverhalt erlaubt.

Die Qualität des Gutachtens wird immer daran gemessen, ob der gutachtliche Untersuchungsbefund nachvollziehbar ist und ob die Fragen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin korrekt beantwortet sind.

Der Verfasser bzw. die Verfasserin des Gutachtens sollte sich vergegenwärtigen, dass sein bzw. ihr Schriftstück durch sehr viele kompetente Hände geht und noch nach Jahrzehnten als Entscheidungsgrundlage dienen kann.

2 Materiell-rechtlicher Rahmen des Sachverständigengutachtens

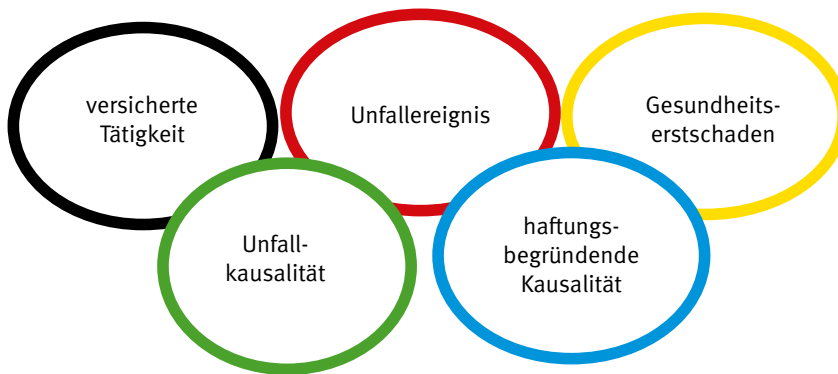
Ein Arbeitsunfall setzt voraus, dass

- bei einer versicherten Tätigkeit
- sich ein Unfall ereignet,
- der zu einem Gesundheitsschaden führt,

und zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis (Unfallkausalität) und dem Unfallereignis und dem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität)

- ursächliche Zusammenhänge bestehen.

Merkmale des Arbeitsunfalls



2.1 Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls

Arbeitsunfälle sind Unfälle von versicherten Personen infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeiten, d. h.

- (1.) es muss eine versicherte Tätigkeit,
 - (2.) ein Unfallereignis und
 - (3.) ein Gesundheitsschaden vorliegen
- sowie zwischen
- (4.) der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis (Unfallkausalität) und
 - (5.) dem Unfallereignis und dem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Zu (5) siehe „Die Begutachtung bei Arbeitsunfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung – Kursbuch II“

Nicht zu den Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls gehört die sogenannte haftungsausfüllende Kausalität, d. h. der rechtlich wesentliche Zusammenhang zwischen Gesundheitserstschaden und dem Gesundheitsdauerschaden/Unfallfolgen. Dieser Zusammenhang ist lediglich für die verschiedenen Entschädigungsleistungen notwendig wie z. B. für eine Verletztenrente. Ein Anspruch auf Verletztenrente entsteht, wenn der Gesundheitserstschaden (die Verletzung) einen funktionellen Dauerschaden über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall von wenigstens 20 v. H. wesentlich verursacht (§ 56 SGB VII).

Die versicherte Tätigkeit, der Unfall und der Gesundheitsschaden müssen im Vollbeweis vorliegen, d. h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ohne Zweifel bewiesen sein. Für die Unfallkausalität sowie die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität reicht dagegen die hinreichende Wahrscheinlichkeit aus, d. h. es muss mehr dafür als dagegen sprechen und ernste Zweifel müssen ausscheiden, dass das Unfallereignis den Gesundheitsschaden verursacht hat. Zu den Beweisanforderungen siehe „Die Begutachtung bei Arbeitsunfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung – Kursbuch II“.

2.2 Unfallbegriff – innere Ursachen – Unfall aus innerer Ursache

Legaldefinition – § 8 Abs. 1 SGB VII:

Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Zeitlich begrenzt ist ein Ereignis, wenn die Einwirkung innerhalb einer Arbeitsschicht stattfindet. Das bedeutet, dass kein sekundenschnelles Ereignis vorliegen muss, sondern das Ereignis sich auch über mehrere Stunden erstrecken kann, solange es aus einer Arbeitsschicht stammt (z. B. Hitzschlag infolge stundenlanger, anstrengender Arbeit in praller Sonne). Haben länger als eine Arbeitsschicht dauernde berufliche Einwirkungen den Körperschaden verursacht, kann, je nach Einwirkung und Krankheitsbild, das Vorliegen einer Berufskrankheit zu prüfen sein.

Einwirkendes Ereignis: Es genügen Einwirkungen jeder Stärke, sie müssen lediglich von außen kommen. Auch körpereigene Bewegungen können äußere Einwirkungen sein. Dabei erfüllen unkontrollierte, nicht geordnet ablaufende Körperbewegungen (z. B. ruckartiges, unwillkürliches Nachgreifen nach einem fallenden Gegenstand und dabei eintretende Zerrung; umknicken beim Gehen) genauso den Unfallbegriff wie gewohnte und übliche Kraftentfaltungen, die willentlich und koordiniert ausgeübt werden (z. B. Heben eines schweren Gegenstandes und dabei Bruch eines Wirbels). Das Ereignis muss keine „Gewalt“ enthalten und kann während der Arbeitsschicht auch wiederholt auftreten (z. B. Schaufelarbeiten, die durch das ständig wiederholte Scheuern an den Händen während einer Arbeitsschicht Blasen hervorrufen). Die Einwirkung muss zudem nicht zwingend sichtbar sein (z. B. Strahlung, psychische Traumen). Das Tatbestandsmerkmal „von außen“ bringt zum Ausdruck, dass ein aus *innerer Ursache*, aus dem Menschen selbst kommendes Ereignis nicht als Unfall anzusehen ist, da dieses aufgrund bereits gegebener Gesundheitseinschränkungen, also allein aus innerer Ursache entsteht.

Äußeres Ereignis – Abgrenzung innere Ursache (Unfallkausalität): Ein Arbeitsunfall liegt somit dann nicht vor, wenn im Gesundheitsschaden eine allein auf den gesundheitlichen Verhältnissen des Betroffenen beruhende Krankheit oder krankhafte Veranlagung nach außen hin zutage tritt (z. B. durch Herzleiden begründeter Herzinfarkt; Zungenbiss durch epileptischen Anfall; Ohnmachtsanfall durch Kreislaufschwäche). Da in diesen Fällen begrifflich bereits kein Unfall vorliegt, sind die infolge innerer Ursachen auftretenden regelwidrigen Gesundheitszustände folglich keine unfallmäßig entstandenen Schäden, also keine „Unfallverletzungen“.

Aber Achtung: Führt – wie in den genannten Beispielfällen – eine innere Ursache zusätzlich zu einem äußeren Ereignis (z. B. Sturz aufgrund eines epileptischen Anfalls), kann dennoch unter besonderen Voraussetzungen ein Arbeitsunfall vorliegen.

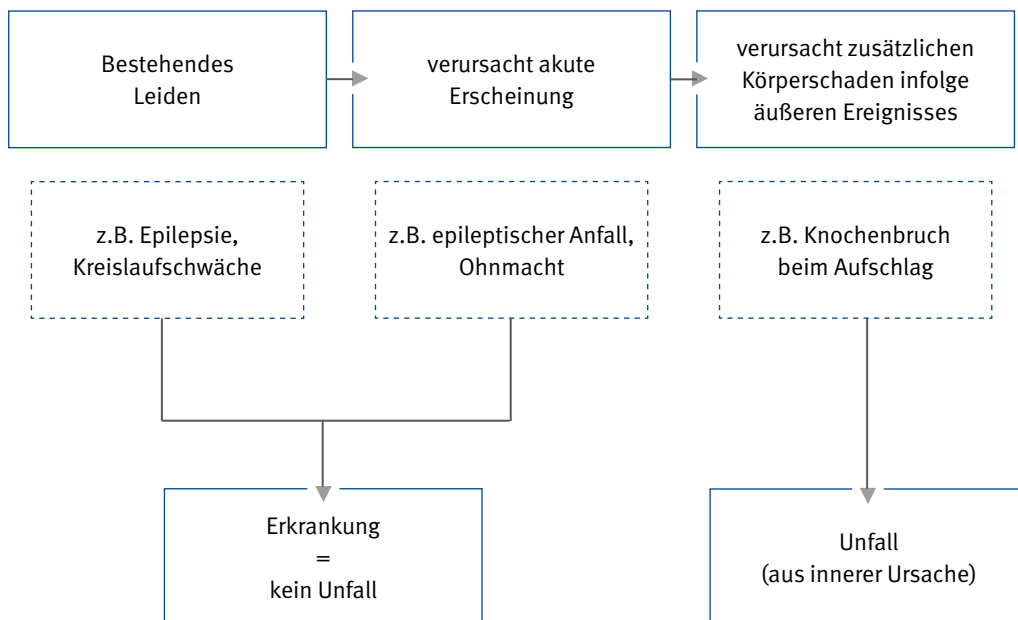
Dies ist dann der Fall, wenn

- die innere Ursache betrieblich bedingt ist (z. B. Kreislaufschwäche aufgrund großer Hitze oder Kraftanstrengung) oder

- das Unfallereignis in seiner Art und Schwere durch eine besondere betriebliche Gefahr beeinflusst wurde, d. h. der versicherten Person der Unfall ohne die versicherte Tätigkeit wahrscheinlich nicht in derselben Art und Schwere zugestoßen wäre (z. B. herzinfarktbedingter Sturz in eine rotierende Maschine; durch epileptischen Anfall bedingter Sturz von einer Treppe und dabei Bruch eines Wirbelkörpers). Versichert ist in diesen Fällen jedoch nur der Gesundheitsschaden, der durch das äußere Ereignis zusätzlich verursacht wird, nicht der unmittelbar aus der inneren Ursache verursachte Schaden (z. B. Bruch des Wirbelkörpers durch Sturz von der Treppe ist versichert; Zungenbiss durch epileptischen Anfall nicht).

Da hier der Unfall ursächlich auf die innere Ursache zurückgeht, wird er als „*Unfall aus innerer Ursache*“ bezeichnet. Als Grundregel gilt bei diesen besonderen Tatbeständen, dass Unfälle aus innerer Ursache ausnahmsweise dann versichert sind, wenn die Entstehung einer Verletzung überhaupt oder ihre Art und Schwere bedingt sind durch besondere Gefahrenmomente, denen versicherte Personen gerade durch die versicherte Tätigkeit ausgesetzt waren (Auswirkung des versicherten Risikos).

Unfall aus innerer Ursache



Eigenes Verschulden oder Mitverschulden steht der Anerkennung eines Arbeitsunfalls nicht entgegen. Dies gilt auch für in hohem Maße leichtfertiges, unachtsames sowie für verbotswidriges Handeln der versicherten Person. Bei einer vorsätzlichen Selbstschädigung liegt grundsätzlich kein Arbeitsunfall vor.

Gesundheitsschaden ist jeder regelwidrige Zustand des Körpers in Form von Verletzungen der materiellen Körpersubstanz (Brüche, Quetschungen, Prellungen usw.) als auch seelischer Einwirkungen aufgrund stark erregender Einwirkungen (z. B. Angstvorstellungen).

Beispiele aus der Rechtsprechung:

Urteil BSG vom 12.4.2005 – B 2 U 27/04:

Anheben eines Steines ist ein einwirkendes Ereignis

Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt.

Die Verrichtung – das versuchte Anheben des Steines – hat bei dem Kläger zu einer zeitlich begrenzten Einwirkung von außen – dem Unfallereignis – geführt. Für das von außen auf den Körper einwirkende, zeitlich begrenzte Ereignis ist kein besonderes, ungewöhnliches Geschehen erforderlich. Alltägliche Vorgänge wie Stolpern usw. genügen. Es dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen wie Herzinfarkt, Kreislaufkollaps usw., wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten, sowie zu vorsätzlichen Selbstschädigungen. Ein schlichter Sturz auf einem versicherten Weg genügt, es sei denn, der Unfall ist infolge einer nicht betriebsbedingten krankhaften Erscheinung eingetreten und zur Schwere der Verletzung hat keine Gefahr mitgewirkt, der der Kläger auf dem Weg ausgesetzt war. Das BSG hat eine äußere Einwirkung auch angenommen bei einer als außergewöhnliche Anstrengung in einer betriebsbezogenen Stresssituation zu bewertenden Arbeit (Hausschlachtung) durch der Versicherte, wenn dies zu erheblicher Atemnot führt, der Versicherte zusammenbricht und innerhalb einer Stunde verstirbt. Das Merkmal äußere Einwirkung hat lediglich den Zweck, äußere Vorgänge von krankhaften Vorgängen im Inneren des menschlichen Körpers abzugrenzen. Die Unfreiwilligkeit der Einwirkung bei dem, den das Geschehen betrifft, ist dem Begriff des Unfalls immanent, weil ein geplantes, willentliches Herbeiführen einer Einwirkung dem Begriff des Unfalls widerspricht. Hiervon zu unterscheiden sind jedoch die Fälle eines gewollten Handelns mit einer ungewollten Einwirkung, bei dieser liegt eine äußere Einwirkung vor. Dies ist für äußerlich sichtbare Einwirkungen unbestritten, z. B. für den Sägewerker, der nicht nur ein Stück Holz absägt, sondern auch unbeabsichtigt seinen Daumen. Gleiches gilt für äußere Einwirkungen, deren Folgen äußerlich nicht sichtbar sind.

Schon die Einwirkung selbst kann, muss aber nicht sichtbar sein, z. B. radioaktive Strahlen oder elektromagnetische Wellen (Störung eines Herzschrittmachers durch Kurzwellen eines elektrischen Geräts). Ggf. genügt sogar eine starke Sonneneinstrahlung, die von außen mittelbar zu einem Kreislaufkollaps führt, der dann als Arbeitsunfall anzuerkennen ist. Auch eine geistig-seelische Einwirkung kann genügen. In der Entscheidung vom 2.5.2001 (B 2 U 18/00 R) hat der Senat bei einem körperlich anstrengenden Heben einer Bohrsonde, während dessen der Versicherte auf einmal einen Schmerz im Halsbereich verspürte, eine Einwirkung angenommen, aber den Ursachenzusammenhang mit der anschließenden auftretenden Subarachnoidalblutung verneint, weil diese durch eine angeborene Gefäßmissbildung und nicht eine traumatische Einwirkung verursacht worden sei.

Das in dieser zeitlich begrenzten, äußeren Krafteinwirkung bei dem Anhebeversuch liegende Unfallereignis war zumindest eine wesentliche Mitursache für die Subarachnoidalblutung des Klägers (haftungsbegründende Kausalität) – wird weiter ausgeführt.

Urteil BSG vom 29.11.2011 – B 2 U 10/11 R:

Eine nicht durch äußere Umstände veranlasste vom Willen der versicherten Person getragene und gesteuerte Eigenbewegung – hier: Zugbremsung – ist kein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis.

Urteil BSG vom 29.11.2011 – B 2 U 23/10 R:

Die Gefahrenbremsung des Triebfahrzeugführers eines S-Bahn-Zuges zur Vermeidung einer Kollision mit einem über die Schienen fahrenden PKW stellt ein Unfallereignis i.S. des § 8 Abs. 1 S 2 SGB VII dar.

Urteil LSG Rheinland-Pfalz vom 21.04.2015 – L 3 U 191/13:

Bei der Abgrenzung eines von außen auf den Körper einwirkenden Ereignisses im Sinne des § 8 Abs 1 S 2 SGB 7 von einem (nicht versicherten) willensgesteuerten Ereignis ist die Handlungstendenz des Versicherten maßgeblich. Treten durch willensgesteuerte Handlungen unbeabsichtigte Folgen auf (etwa ein Wirbelbruch bei dem Versuch ein auf der Seite liegendes Motorrad aufzuheben), kann ein von außen auf den Körper einwirkendes

Ereignis (etwa in Form der Krafteinwirkung beim Anheben eines schweren Gegenstands) vorliegen. Das Kriterium der Einwirkung von außen dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen, wie Herzinfarkt, Kreislaufkollaps usw., die während der versicherten Tätigkeit auftreten, sowie zu vorsätzlichen Selbstschädigungen.

Urteil LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 29.01.2014 – L 5 U 54/10:

Zur Anerkennung eines Unfallereignisses als Arbeitsunfall bedarf es eines von außen auf den Körper einwirkenden, zeitlich begrenzten Ereignisses, welches zu einem Gesundheitserstschaden bzw. zum Tod geführt hat. An diesem äußeren Ereignis fehlt es dann, wenn der Gesundheitsschaden bzw. der Tod aufgrund einer inneren Ursache eingetreten ist. Dies ist u. a. dann der Fall, wenn ein Herzinfarkt den Tod des Versicherten herbeigeführt hat. Etwas Anderes kann dann gelten, wenn der Unfall bzw. der Tod wesentlich durch die versicherte Tätigkeit verursacht worden ist. Das ist u. a. dann der Fall, wenn besondere betriebliche Belastungen während der Arbeitsschicht den Unfall bzw. den Tod wenigstens mitherbeigeführt haben. Hierzu zählen u. a. ungewohnte Nacharbeit, frühes Aufstehen, schwüle Witterung, langes Stehen oder eine sonst ungewohnte Anstrengung bei der versicherten Tätigkeit. Nur dann können diese betriebsbedingten Umstände für den Eintritt des Unfalls als mitursächlich angesehen werden.

Urteil LSG Berlin vom 6.5.2008 – L 2 U 134/06:

Ist der Versicherte einer außergewöhnlichen körperlichen Belastung durch eine betriebsbezogene Stresssituation (hier: betriebliche Fahrradtour) ausgesetzt gewesen, kann eine äußere Einwirkung i.S. der Unfalldefinition trotz erheblicher Vorerkrankung (hier: mehrere stumme Infarkte bei koronarer Herzerkrankung) bejaht werden, wenn ohne die außergewöhnlich betriebliche Belastung mit hoher Herz- und Kreislaufbelastung mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Sekundenherztod eingetreten wäre.

Urteil Bayerisches LSG vom 29.4.2008 – L 3 U 51/06:

Zur Anerkennung einer Achillessehnenruptur als Folge eines Arbeitsunfalls. Die dem Begriff des Unfalls immanente Unfreiwilligkeit der Einwirkung ist auch dann erfüllt, wenn gewolltes Handeln zu einer ungewollten Einwirkung führt. Daher stellt z. B. bereits die Kraft, die zum (An-)Schieben eines schweren Servicewagens (ca. 1100 kg) erforderlich ist, ein äußeres Ereignis im Sinne des Unfallbegriffes der gesetzlichen Unfallversicherung dar.

Haftungs begründende Kausalität (Zusammenhang Unfallereignis – Gesundheitsschaden):

Die gesetzliche Unfallversicherung entschädigt nicht jeden Gesundheitsschaden, der bei einem während der beruflichen Tätigkeit geschehenden Unfall auftritt, sondern nur, wenn eine besondere Beziehung zu der betrieblichen Tätigkeit/dem Unfall gegeben ist, weil es nur dann gerechtfertigt ist, die Aufwendungen den Arbeitgebern, die die gesetzliche Unfallversicherung alleine finanzieren, aufzuerlegen. Eine besondere Beziehung zwischen einem Gesundheitsschaden und einem Unfallereignis besteht nur, wenn das **Unfallereignis rechtlich wesentliche Ursache für den Eintritt des Gesundheitsschadens** ist. Tritt ein Gesundheitsschaden nur zufällig während der Arbeit auf oder wird er nur zufällig während der Arbeit symptomatisch oder verschlimmert sich eine Erkrankung während der Arbeit, hat dafür die für das allgemeine Erkrankungsrisiko zuständige gesetzliche Krankenversicherung einzutreten. Die Frage der haftungsbegründenden Kausalität ist wesentlicher Bestandteil des sog. Zusammenhangsgutachtens, in dem unter anderem festzustellen ist, ob das Unfallereignis – unter Abwägung mit den Vorschädigungen die wesentliche Teil- oder Mitursache für den Gesundheitserstschaden war (Naturwissenschaftlich-philosophische Kausalität und Theorie der rechtlich wesentlichen Ursache). Das Zusammenhangsgutachten und die haftungsbegründende Kausalität werden im **Kurs II „Die Begutachtung bei Arbeitsunfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung“** behandelt und sind nicht Bestandteil des Kurses I.

2.3 Die Verletztenrente

Versicherte Personen haben Anspruch auf Verletztenrente, wenn deren Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, und diese Minderung auch noch in dem Zeitpunkt, der für den Rentenbeginn in Betracht kommt, besteht.

Wesentliche Funktion der Verletztenrente ist der Ausgleich des durch den Versicherungsfall abstrakten Schadens im Erwerbseinkommen und ein immaterieller Ausgleich des gesundheitlichen Schadens.

Arten der Verletztenrente:

- Vorläufige Entschädigung (ehemals „vorläufige Rente“)
- Vorläufige Entschädigung als Gesamtvergütung
- Rente auf unbestimmte Zeit (ehemals „Dauerrente“)
- Stützrente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII)

Verletztenrenten werden ab dem Tag nach dem Wegfall des Anspruchs auf Verletzten-geld (z. B. Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) gezahlt oder nach dem Tag des Versicherungs-falls, wenn keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist (z. B. Schüler bzw. Schülerinnen, Rentner bzw. Rentnerinnen).

Die Änderung einer Verletztenrente wegen Verschlimmerung/Besserung der Unfallfol-gen, setzt eine MdE-Änderung von mehr als 5 v. H. voraus. Unabhängig von einer Ände-rung der Verhältnisse kann die MdE nur bei erstmaliger Feststellung der Rente auf unbe-stimmte Zeit neu festgesetzt werden.

Verletztenrenten dürfen nicht für die Zeit neu festgestellt werden, in der Verletzten-geld zu zahlen ist (Wiedererkrankungen).

2.3.1 Verletztenrente – Allgemeines

Nach § 56 Abs. 1 SGB VII haben versicherte Personen, deren *Erwerbsfähigkeit* infolge eines Versicherungs-falls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente (wegen Rentenanspruch bei einer Minde-rung der Erwerbsfähigkeit – MdE – von unter 20 v. H. – sog. Stützrente – siehe unten).

Erwerbsfähigkeit ist die Möglichkeit einer versicherten Person, ihre Arbeitskraft unter Aus-nutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihr nach ihren körperlichen und geistigen Fähig-keiten bieten, auf dem gesamten Gebiet des Arbeitslebens wirtschaftlich zu verwerten.

2.3.2 Funktion der Verletztenrente

Die Rente dient zum einen als *immaterieller Ausgleich für den Gesundheitsschaden*.

Außerdem soll die versicherte Person einen Ausgleich des durch den Versicherungsfall ent-standenen *abstrakten Schadens* im Erwerbseinkommen erhalten. Bei der Verletztenrente handelt es sich deshalb um den Ersatz eines abstrakten Schadens, weil es auf einen kon-kreten Einkommensverlust nicht ankommt. Ersetzt wird im Unfallversicherungsrecht der *abstrakte Verlust von Erwerbsmöglichkeiten* auf dem gesamten Arbeitsmarkt.

Es ist für einen Anspruch auf Verletztenrente also völlig unbedeutend, ob die versicherte Person aufgrund des Arbeitsunfalls nachher weniger oder eventuell sogar aufgrund einer höher qualifizierenden Berufshilfemaßnahme mehr verdient als vorher.

2.3.3 Arten der Verletztenrente

Vorläufige Entschädigung (ehemals „vorläufige Rente“) – § 62 Abs. 1 SGB VII: Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll die Rente als vorläufige Entschädigung festgesetzt werden, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann.

Sinn: Folgen des Versicherungsfalls sind noch nicht konsolidiert, unterliegen häufig allmählichen und kurzfristigen Besserungen/Verschlimmerungen; tatsächlich kann der Umfang der MdE noch nicht „abschließend“ und damit auch über den Dreijahreszeitraum nach dem Versicherungsfall hinaus festgestellt werden. Deshalb ist es zulässig, bei vorläufigen Entschädigungen bei wesentlichen Änderungen der Verhältnisse die MdE jederzeit zu ändern, was bei einer Rente auf unbestimmte Zeit u. a. nur in Jahresabständen zulässig ist.

Hinweis:

Wegen der oft notwendigen Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, währenddessen die funktionellen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit aber noch gravierender sind, kann es gerechtfertigt sein, im Rahmen der vorläufigen Entschädigung vorübergehend eine angemessene höhere MdE-Einschätzung vorzunehmen.

Gesamtvergütung – § 75 SGB VII: Wenn nach allgemeinen Erfahrungen zu erwarten ist, dass nur eine Rente in Form einer vorläufigen Entschädigung zu zahlen ist, kann diese nach Abschluss der Heilbehandlung mit einer Gesamtvergütung/Einmalzahlung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwands abgefunden werden. Da nur eine Rente als vorläufige Entschädigung für eine Gesamtvergütung in Betracht kommt, muss vorhersehbar sein, dass der Rentenanspruch spätestens mit Ablauf des dritten Jahres nach dem Versicherungsfall enden wird. Auch die Heilbehandlung sollte dann abgeschlossen sein. Es entspricht dem Sinn einer vorläufigen Entschädigung, dass der Berechtigte sich nicht an einen laufenden Rentenbezug gewöhnen soll. Ende des Gesamtvergütungszeitraums ist immer das Monatsende.

Gesamtvergütung hat Vorteile für beide Seiten: Die versicherte Person erhält den gesamten Rentenbetrag in Form einer Einmalzahlung (teilweise als Vorauszahlung) und die Verwaltung spart sich Nachuntersuchungen und weitere Bescheide. Der versicherten Person entstehen daraus keine Nachteile. Ist sie der Ansicht, dass ihr über den Gesamtvergütungszeitraum hinaus eine Verletztenrente zusteht, braucht nur ein formloser Antrag gestellt zu werden.

Rente auf unbestimmte Zeit (ehemals „Dauerrente“) – § 62 Abs. 2 SGB VII: Spätestens bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall ist die Rente als Rente auf unbestimmte Zeit festzustellen (wird dieser Zeitpunkt verpasst, wird die vorläufige Entschädigung kraft Gesetzes zur Rente auf unbestimmte Zeit).

Bei der erstmaligen Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit wird die MdE völlig unabhängig von der MdE bei der vorläufigen Entschädigung festgestellt, d. h. für die MdE-Einschätzung ist nur der Zustand der Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit maßgeblich. Die MdE kann daher auch um 5 v. H. von der Rente als vorläufige Entschädigung abweichen.

Ist eine Rente auf unbestimmte Zeit bereits festgestellt, kann diese zuungunsten der Versicherten nur in Abständen von einem Jahr und bei einer wesentlichen Änderung, d. h. mindestens dreimonatiger Veränderung und MdE-Abweichung von mehr als 5 v. H. geändert werden (§§ 74 Abs. 1, 73 Abs. 3 SGB VII).

Wird dagegen die Rente erstmals auch für die Vergangenheit festgesetzt, gelten diese Beschränkungen nicht.

Stützrente – § 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII: Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (MdE-Sätze darunter gelten als medizinisch und wirtschaftlich nicht messbar). Die MdE muss für jeden Versicherungsfall über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus andauern.

Rentenansprüche bestehen somit auch dann, wenn die MdE von 20 v. H. erst durch mehrere Versicherungsfälle erreicht wird. Für jeden Versicherungsfall erfolgt eine gesonderte Rentenzahlung. Die Bildung einer Gesamt-MdE kommt nicht in Betracht.

Beispiel:

1. Arbeitsunfall 2008 mit einer MdE von 10 v. H. und 2. Arbeitsunfall 2010 mit einer MdE von 20 v. H. Konsequenz: Ab dem Tag des Arbeitsunfalls 2010 wird wegen des Unfalls 2008 eine Rente von 10 v. H. und ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall 2010 eine weitere Rente von 20 v. H. gezahlt.

Konsequenz:

Die gestützte Rente aus dem früheren Versicherungsfall beginnt am Tag des späteren Versicherungsfalles. Damit wird ab dem Tag des Arbeitsunfalls 2010 wegen des Arbeitsunfalls 2008 eine Rente von 10 v. H. gewährt. Die stützende Rente aus dem späteren Versicherungsfall 2010, die nach einer MdE von 20 v. H. zu zahlen ist, beginnt am Tag nach Ende der Verletztengeldzahlung für den 2. Versicherungsfall bzw. am Tag nach dem 2. Versicherungsfall, soweit keine Verletztengeldzahlung erfolgt.

2.3.4 Beginn, Änderung von Renten

Beginn von Renten – § 72 SGB VII: Renten an versicherte Personen werden ab dem Tag nach dem Wegfall des Anspruchs auf Verletztengeld (Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit oder 78. Woche) gezahlt oder nach dem Tag des Versicherungsfalles, wenn keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

Die Zahlung von Übergangsgeld im Anschluss an eine Verletztengeldzahlung (z. B. während einer Umschulungsmaßnahme) steht dem Rentenanspruch nicht entgegen, „da Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation auf die Höhe der MdE keinen Einfluß haben.“ (BT-Drs. 13/2204 S. 93).

Im Fall einer **Verschlimmerung** ohne vorherige rentenberechtigende MdE gilt Folgendes:

- Tritt infolge der Verschlimmerung Arbeitsunfähigkeit mit Verletztengeldanspruch ein, beginnt die Rente ab dem Tag nach Wegfall des Anspruchs auf Verletztengeld.
- Trat keine Arbeitsunfähigkeit ein bzw. erfolgte keine Verletztengeldzahlung, beginnt die Verletztenrente mit dem Tag nach dem Eintritt der Verschlimmerung.

Änderung von Renten

Für die Beantwortung der Frage, ob Verletztenrenten bei einer Verschlimmerung der Unfallfolgen zu erhöhen bzw. bei einer Besserung der Unfallfolgen herabzusetzen oder ganz zu entziehen sind, ist zu unterscheiden:

Ist bereits die Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit erfolgt, liegt eine wesentliche Änderung nur vor, wenn sich die eingetretene Verschlimmerung/Besserung der Unfallfolgen, um mehr als 5 v. H. bei der MdE-Höhe auswirkt (§ 73 Abs. 3 SGB VII).

Ein Gutachten wegen Änderung der Verhältnisse erfordert drei Verfahrensschritte der Sachverständigen:

1. Die aktuellen, funktionell bedeutsamen Befunde sind mit den Befunden im Vergleichsgutachten zu vergleichen. Insofern muss das maßgebliche Vergleichsgutachten von der Verwaltung im Gutachtenauftrag angegeben und in den Aktenunterlagen beigelegt sein.
2. Anhand des Befundvergleichs ist festzustellen, ob eine wesentliche Änderung eingetreten ist, also ob die aktuellen Befunde im Vergleich mit den Befunden aus dem maßgeblichen Vergleichsgutachten eine Änderung der MdE um mehr als 5 v. H. rechtfertigen.
3. Schließlich ist die aktuelle MdE einzuschätzen. Soweit zur Einschätzung der MdE Erfahrungswerte der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegen, sind diese der MdE-Einschätzung zugrunde zu legen. Ergibt die aktuelle MdE-Einschätzung gegenüber der MdE-Einschätzung in dem im Gutachtenauftrag genannten Vergleichsgutachten eine Abweichung von mehr als 5 v. H., liegt eine wesentliche Änderung vor. Sie ist aber nur dann von Bedeutung, wenn sie länger als 3 Monate andauert (§ 73 Abs. 3 SGB VII).

Hinweis:

Wird eine Rente auf unbestimmte Zeit geleistet, kann die Rente auf Grund einer Änderung der MdE zuungunsten der versicherten Person nur in Abständen von mindestens einem Jahr geändert werden. Das Jahr beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Rente als vorläufige Entschädigung Rente auf unbestimmte Zeit geworden oder die letzte Rentenfeststellung bekanntgegeben worden ist (§ 74 Abs. 1 SGB VII).

Sonderfall: Falsch festgesetzte „Ausgangs-MdE“

Im Regelfall wirft die Beurteilung von Änderungen keine besonderen Probleme auf. Schwierig wird es, wenn die Vergleichsbefunde und die dafür angesetzte MdE aus Sachverständigensicht auseinanderfallen, wenn also die bisherige MdE zu hoch oder zu niedrig eingeschätzt wurde.

War die MdE nach den im Vergleichsgutachten dokumentierten Befunden unangemessen zu niedrig bewertet, kann die Einschätzung der aktuellen MdE um 10 v. H. höher ausfallen als bisher, obwohl der Vergleich der Befunde nur eine geringfügige Verschlimmerung ergibt, die nicht als „wesentlich“ (d. h. > 5 v. H.) bewertet werden kann.

Beispiel:

Fersenbeinbruch war trotz Arthrose mit Wackelsteife im USG und deutlicher Gangstörung mit MdE von 10 v. H. bewertet worden. Inzwischen weitere Zunahme der Arthrose und geringfügige Zunahme der Bewegungseinschränkung im OSG. Aktuelle MdE 20 v. H. Die Befundänderung dürfte dann kaum als „wesentlich“ bewertet werden können.

In einem solchen Fall sollten Sachverständige das Ergebnis ihrer Beurteilung deutlich machen und die Verwaltung auffordern, die ursprüngliche MdE zu überprüfen. Wenn eine Befundverschlechterung, die eine MdE-Änderung um mehr als 5 v. H. rechtfertigt („wesentliche Verschlimmerung“), nicht nachzuweisen ist, scheidet eine Erhöhung der Verletztenrente deswegen aus. Es kommt nur eine rückwirkende Aufhebung des Rentenbescheids infrage, der der bisherigen, zu niedrigen Rentenzahlung zugrunde liegt.

Noch komplizierter ist die Lage, wenn die ursprüngliche MdE zu hoch eingeschätzt wurde. Erneut können aktuelle MdE-Einschätzung und Bewertung der wesentlichen Änderung zu widersprüchlichen Ergebnissen führen: Der Befundvergleich kann eine wesentliche Verschlimmerung nahelegen, obwohl die aktuell nach den Erfahrungssätzen der GUV eingeschätzte MdE geringer, genauso hoch oder nur 5 v. H. höher ausfällt als die bislang anerkannte MdE. Außerdem stehen Sachverständige noch vor dem Problem, welche MdE sie als Ergebnis ihrer Begutachtung angeben: die tatsächliche sich aus den Erfahrungswerten der gesetzlichen Unfallversicherung ergebende aktuelle MdE oder eine MdE, die sich aus der Addition von bisher anerkannter (zu hoher) MdE und dem Aufschlag ergibt, der für die Verschlimmerung angemessen ist.

Beispiel:

Fersenbeinbruch wurde mit MdE 20 v. H. bewertet, obwohl nur beginnende arthrotische Veränderungen dokumentiert sind, die Beweglichkeit im Sprunggelenk nur minimal eingeschränkt war und das Gangbild als ungestört beschrieben ist. Aktuell Zunahme der Arthrose mit Wackelsteife im USG, sichtbare Gangstörung. D. h. wesentliche Änderung zweifellos gegeben, aber aktuelle MdE nach Erfahrungswerten (nur) 20 v. H.

Diese Komplikationen rechtlich korrekt und „sauber“ aufzulösen, ist keine Aufgabe für medizinische Sachverständige. Daher ist es auch hier ratsam, sich darauf zu beschränken, die medizinischen Tatsachen herauszustellen (also Gründe für die abweichende Einschätzung der Ausgangs-MdE zu nennen, die Befundtatsachen anzugeben, die sich geändert haben, das Ausmaßes dieser Änderung medizinisch zu bewerten und die aktuelle MdE einzuschätzen und diese Einschätzung zu begründen) und die rechtliche Entscheidung der Verwaltung zu überlassen.

Anders ist es bei der *erstmaligen Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit*. Hier ist die Rente völlig unabhängig von der bisher gewährten vorläufigen Entschädigung nur anhand der zum Zeitpunkt der Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit vorliegenden Befunde festzustellen (es findet also kein Vergleich mit Vorgutachten statt).

Bei rückwirkender erstmaliger Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit darf diese für bereits abgelaufene Zeiträume bei MdE-Änderungen zuungunsten der versicherten Person ohne Beachtung des Schutzjahres gestaffelt werden. Der Normzweck des Erwartungsschutzes des § 74 Abs. 1 SGB VII ist in Fällen der rückwirkenden Rentenfeststellung nicht betroffen. Eine rückwirkende Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit kommt dann in Betracht, wenn das Verwaltungs- oder Sozialgerichtsverfahren erst lange Zeit nach dem Versicherungsfall abgeschlossen und damit der Dreijahreszeitraum der vorläufigen Entschädigung bereits abgelaufen ist, so dass zwangsläufig nur eine Feststellung der Rente auf unbestimmte Zeit möglich ist.

Änderung von Renten, z. B. bei Wiedererkrankung – § 74 Abs. 2 SGB VII: Renten dürfen nicht für die Zeit neu festgestellt werden, in der Verletztengeld zu zahlen ist.

Sinn: Zum einen sollen Doppelleistungen vermieden werden. Zum anderen soll die Zeit der Arbeitsunfähigkeit und des Verletztengeldbezuges zunächst abgewartet werden, um festzustellen, ob sich der Zustand der Verschlimmerung aufgrund der während dieser Zeit durchzuführenden Heilbehandlung bessert. Zudem findet sich in dieser Regelung auch der in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Grundsatz der „Rehabilitation vor Rente“ wieder.

Die Regelung gilt auch für Renten, die als vorläufige Entschädigungen gewährt werden.

2.4 Medizinische Grundlagen der Rentenbegutachtung

Rentenbegutachtung beruht in der Regel auf der Vorgabe, dass die Frage der Kausalität geklärt ist. Es handelt sich auch meist um Verletzungen, deren Unfallursächlichkeit entweder eindeutig ist oder deren haftungsbegründende Kausalität im Vorfeld (ggf. durch ein sog. Zusammenhangsgutachten) geklärt wurde (s. „Materiell-rechtlicher Rahmen des Sachverständigengutachtens“). Sachverständige sind aber dennoch aufgefordert, den Zusammenhang zwischen dem Ereignis und dem Gesundheitserstschaden noch einmal zu prüfen, auch wenn sie konkret nicht dazu gefragt werden.

Sie müssen die unfallbedingten Gesundheitserstschäden und die daraus entstandenen Folgen benennen und deren Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit beschreiben.

2.4.1 Rentenbegutachtung ist Funktionsbegutachtung

In der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Entschädigungsgrundlage die unfallbedingt eingetretene körperliche (und seelische und geistige) Funktionseinschränkung. Danach bemessen sich die verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Entscheidend für den Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist also niemals die ursprüngliche Verletzung und deren Ausmaß, sondern nur der der Verletzung folgende Ausfall der Körperfunktionen.

Maßgebend ist der *aktuelle* Untersuchungsbefund, mögliche künftige Änderungen können und müssen nicht berücksichtigt werden. Änderungen (z. B. Verschlimmerungen) werden dann berücksichtigt, wenn sie eingetreten sind.

Die *erste* Aufgabe von Sachverständigen ist die nachvollziehbare und objektive (sachverständige) Darstellung und Dokumentation der Funktionsstörung.

Die *zweite* Aufgabe ist die richtige Wertung der Funktionsausfälle unter Berücksichtigung der sogenannte Erfahrungswerte, die für den Rechtsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung gelten.

2.4.2 Dokumentation

Die Dokumentation umfasst:

- Beschreibung der Funktionsstörung
- Handfunktion, Greiffunktion
- Schulterfunktion
- Stabilitätsprüfung (große Gelenke)
- Gesamtfunktion der Wirbelsäule
- Gangbild

Beschreibung des äußeren Aspektes

- Formabweichung
- Muskelabmagerung
- Gliedmaßengeometrie (Achse, Länge)
- Haut-/Weichteilbeschaffenheit

Messbogen

- Umfangmaße in cm
- Beweglichkeit in Graden
- Länge/Distanz in cm

Zusatzdiagnostik

- Nervenleitgeschwindigkeit
- Lungenfunktionsprüfung
- Ganganalyse

Bildgebung

- Konventionelle Röntgendiagnostik
- CT-Diagnostik bei speziellen Fragestellungen
- MRT-Diagnostik bei speziellen Fragestellungen
- Digitale Fotografie

Art und Umfang der Diagnostik und Bildgebung orientieren sich an der Fragestellung (Feststellung der Funktionsdefizite und der MdE) und an dem Auftrag, im Rahmen des Ersten Rentengutachtens (und auch möglicher anderer Formtextgutachten) eine umfassende Gesamtdokumentation zu erstellen.

Wissenschaftliche Scores (Beispiele: Gartland und Werley Score für körperferne Speichenbrüche, DASH-Score für Schulterfunktionsstörungen u. v. a. m.) sind nicht zweckdienlich und sind somit auch nicht zu ermitteln. Wissenschaftlich begründete reproduzierbare klinische Untersuchungstechniken (Beispiele: Schulter- und Knieuntersuchung) sind jedoch von hoher Beweiskraft, belegen das Ausmaß des unfallbedingten Funktionsausfalls (und/oder der Vorschädigungen) und signalisieren dem Auftraggeber bzw. der Auftraggeberin Sachverstand.

Das Gutachten ist ein Dokument, das nicht nur vom Sachbearbeiter bzw. von der Sachbearbeiterin bei der Formulierung des Rentenbescheids verwendet wird. Es ist der versicherten Person, Anwälten bzw. Anwältinnen und Richtern bzw. Richterinnen zugänglich und wird im Verwaltungsverfahren, im Widerspruchsverfahren oder im Sozialgerichtsverfahren auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

2.4.3 Qualitätssicherung

- Erkennbares Wissen (Zusammenhänge und Erfahrungswerte)
- Erkennbare Objektivität
- Erkennbare Sorgfalt (laienverständliche Formulierung, umfassende und dennoch kompakte Darstellung)

Bedenke:

Nur ein mit „gutem Augenmaß“ abgefasstes, objektives, fachlich qualifiziertes, schlüssiges und damit nicht anfechtbares Gutachten erfüllt den Auftragszweck. Ein mangelhaftes Gutachten kann einerseits im Verwaltungsverfahren nicht oder nur bedingt verwertet werden, andererseits diskreditiert es das Vertrauen, das die versicherte Person und der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin in den Sachverstand des Gutachters bzw. der Gutachterin gesetzt haben.

2.4.4 Erfahrungswerte

Die Einschätzungsempfehlungen oder Richtwerte zur MdE sind Orientierungshilfen und dienen als antizipierte Sachverständigenhilfe, um gleiche Sachverhalte möglichst gleich zu bewerten.

Sie können in den verschiedenen Rechtsbereichen unterschiedlich sein. Im SGB VII können z. B. die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht“ nicht berücksichtigt werden.

Erfahrungswerte sind im Regelfall zu beachten. Bei Abweichung im Einzelfall besteht Argumentations- und Begründungspflicht.

Die veröffentlichten MdE-Empfehlungen gelten für Renten auf unbestimmte Zeit und die Entschädigungssätze an den Gliedmaßen gehen davon aus, dass die Gegenseite völlig gesund und gebrauchsfähig ist. Für die vorläufige Entschädigung und bei Funktionsstörungen an Gliedmaßen der nicht verletzten Gegenseite sind ggf. höhere MdE-Werte möglich.

3 Die Begutachtung exemplarisch anhand des ersten Rentengutachtens

3.1 Vorbereitung

Nach Eintreffen des Gutachtauftrags (A 4200) ist zunächst zu prüfen, ob man in der Lage ist, den Auftrag zu erfüllen. Sofern offensichtlich in erster Linie ein unfallchirurgisch/orthopädisches Gutachten gefordert ist, wird man zunächst die beiliegenden Aktenbestandteile sorgfältig durchlesen, beginnend mit dem D-/H-Arztbericht und den Folgeberichten einschließlich der stationären und ambulanten Behandlungen. Die medizinischen Befunde sollten vollständig sein und es sollte, wenn nicht schon im Auftrag vermerkt, der Tag des Rentenbeginns festgelegt sein.

Ergibt das Aktenstudium, dass allein mit einer unfallchirurgischen/orthopädischen Untersuchung der Unfallfolgezustand nicht vollständig dargestellt werden kann, sind Zusatzgutachten zu planen (sofern nicht im Auftrag bereits gefordert) – Problem: Gutachterausswahl!

In unserem konkreten Fall einer Schädigung peripherer Nerven ist ein neurologisches Gutachten unverzichtbar.

Wenn die Gutachtenerstattung nicht in dem vorgegebenen Zeitrahmen erfolgen kann, muss der Auftraggeber bzw. die Auftraggeberin/der Sachbearbeiter bzw. die Sachbearbeiterin informiert werden und der Zeitplan mit ihm bzw. ihr abgestimmt werden. Schlimmstenfalls muss der Auftrag zurückgegeben werden.

Wenn der Zeitrahmen eingehalten werden kann bzw. das Einverständnis des Auftraggebenden vorliegt, kann in die Detailplanungen gegangen werden:

- Sichtung vorgelegter Röntgenbilder/CT-/MRT-Schichtungen
- Planung eigener Röntgenuntersuchungen (sofern für die Beschreibung des Unfallfolgezustands unerlässlich – Problem: Seitenvergleich!)
- Terminabsprache mit Zusatzgutachtern bzw. Zusatzgutachterinnen
- Nochmalige Durchsicht der Akten – Problem: Fehlende Befunde!
- Einbestellschreiben mit dem Hinweis, fehlende Röntgenbilder mitzubringen

3.2 A Vorgeschichte

3.2.1 A 1 Art der Verletzung

Der Umfang der Unfallverletzung ergibt sich meist aus dem D-/H-Bericht oder dem Abschlussbericht der erstbehandelnden Klinik oder der Reha-Einrichtung.

Die Diagnosen müssen valide (genau, richtig) sein. Die Validierung obliegt zwar der Sachbearbeitung schon zu Beginn des Verwaltungsverfahrens, dennoch müssen Sachverständige sich die Mühe machen, alle Verletzungsdiagnosen noch einmal detailliert zusammenzustellen.

Gegebenenfalls sind auch mittelbare Unfallfolgen bereits anzugeben (z. B. Thrombosen als Unfallfolgeerkrankung oder Folgeunfälle).

Verdachtsdiagnosen sind nicht anzugeben, ebenso wenig „Zustand nach ...“ und andere ungenaue Begriffe (Syndrom, Beschwerden und Symptome).

Abkürzungen sind nicht erwünscht (CTS, SLAP, PIP, DIP, CRPS etc.).

Deutsche Bezeichnungen sind lateinischen/englischen Begriffen vorzuziehen, auch wenn der/die Auftraggeber/Auftraggeberin sich mit der lateinischen/englischen Terminologie auskennt und weiß, was gemeint ist.

Wissenschaftliche Klassifizierungen sind nicht notwendig, eine ergänzende Beschreibung ist ausreichend.

Beispiele:

Distale Radiusfraktur Typ C oder körperferner Speichenbruch mit Gelenkbeteiligung

Oft ist eine „Eindeutschung“ nicht möglich oder schwierig und kann dann unterlassen bleiben.

Beispiele:

Kompartmentsyndrom

Karpaltunnelsyndrom

Flexions-Distraktionsverletzung der Wirbelsäule

3.2.2 A 2 Entstehung der Verletzung

Hier wird man in der Regel die Formulierungen aus den Erstberichten übernehmen, wobei vielleicht aus späteren Berichten eine präzisere Beschreibung abgeleitet werden kann. Es ist auch festzuhalten, ob die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt den Geschehensablauf revidiert hat.

3.2.3 A 3 Befund

Hier soll noch einmal der Erstbefund (D-Bericht/H-Bericht/Krankenhausbericht) zitiert werden. Von Bedeutung kann dieser Gutachtenpunkt dann sein, wenn sich im weiteren Verlauf Ergänzungen und Änderungen der Befundlage ergeben haben.

3.2.4 A 4 Bisherige Behandlung

Gefordert ist eine kurze und übersichtliche Zusammenfassung der bisherigen Behandlung: Operative Maßnahmen, Dauer der stationären Primärbehandlung und des anschließenden Rehabilitationsaufenthaltes, Zwischenfälle, Komplikationen, Art und Umfang der ambulanten Therapien.

Besondere Bedeutung hat dieser Punkt in der Schülerunfallversicherung und bei allen anderen Nichterwerbstätigen, die keinen Anspruch auf Verletztengeld haben. In diesen Fällen muss die MdE ab dem Tag nach dem Unfall eingeschätzt und entsprechend gestuft werden. Insofern müssen die Eckdaten zum funktionellen Verlauf erkennbar gemacht werden, mit denen dann die MdE-Abstufungen begründet werden können. Gegebenenfalls müssen die notwendigen Daten auch von der versicherten Person nachgefragt werden: Dauer des Gebrauchs von Gipsschienen oder Gehhilfen etc.

Beispiel aus der Schülerunfallversicherung:

MdE 40v. H. für die Zeit der Versorgung mit einem Unterschenkelgehgips (Einzelheiten siehe Anhang).

Das Behandlungsende ist oft nicht mit dem Tag des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit identisch. Es ist auf jeden Fall hier noch einmal anzugeben, wann Arbeitsfähigkeit i. S. der Krankenversicherung eintrat.

3.3 B Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung

3.3.1 B 1 Klagen der versicherten Person

Die Frage nach den Beschwerden werden von der versicherten Person in unterschiedlichem Umfang vorgetragen. Es empfiehlt sich, den Beschwerdevortrag wortgetreu in das Gutachten zu übernehmen, selbst wenn er sehr ausschweifend wirkt.

Das erste Rentengutachten soll ja eine erste Bilanz ziehen und es ist – wegen der späteren Vergleichsmöglichkeiten – auch ein umfänglicher Klagevortrag festzuhalten, anstelle redaktionelle Kürzungen vorzunehmen. Bei wortkargen versicherten Personen muss man mit gezieltem Fragen nachhelfen, eventuell auch im Hinblick auf die Beurteilung komplexer Funktionen (Ausdauer, Gehstrecke, Körperhygiene, Belastbarkeit).

3.3.2 B 2 Allgemeinzustand

Alter, Körpergröße und Körpergewicht (evtl. BMI) sind Mindestanforderungen für die Beschreibung des Allgemeinzustands. Der Eindruck des Gutachters bzw. der Gutachterin ist wichtig, ob er bzw. sie einen gesunden Patienten bzw. eine gesunde Patientin vor sich hat oder einen bzw. eine durch innere oder psychische Erkrankung gezeichneten bzw. gezeichnete. Die Mitarbeit der verletzten Person sollte im positiven und negativen Sinne erwähnt werden.

3.3.3 B 3 Befund der Verletzungsfolgen

Die klinische Untersuchung:

Der wichtigste Teil des ersten Rentengutachtens ist die detaillierte und vollständige Beschreibung der unfallbedingt eingetretenen Funktionsstörungen.

Entscheidend ist, dass sich dem Leser des Gutachtens aus der Beschreibung des äußeren Aspekts und der funktionellen Einschränkungen die unter der „Zusammenfassung“ wiedergegebenen Funktionsstörungen erschließen und mit dem Klagevortrag, den Messbögen und dem Röntgenbefund übereinstimmen.

Grundsätze:

- Systematischer, immer gleichbleibender Untersuchungsgang (siehe Anlagen)
- Keine Ganzkörperuntersuchung, Beschränkung auf den verletzten Körperabschnitt (obere, untere Gliedmaßen, Wirbelsäule, Kopf, Leib)
- Vergleich mit der gesunden Gliedmaße unter Berücksichtigung der Gesamtkonstitution
- Unfallunabhängige Befunde an den betroffenen Körperabschnitten eingehend beschreiben
- Messinstrumente benutzen
- An den Leser denken (Sprache, Systematik, Gliederung)

Die Messgenauigkeit:

Die Abhängigkeit der Messgenauigkeit vom Untersucher ist hinlänglich bekannt. Die Messfehlerbreite ist erheblich. Das betrifft nicht nur die Umfangs-, Winkel- und Bewegungsmes-

sungen, sondern vor allem auch die Quantifizierung von Gelenkinstabilitäten und Abnutzungsgraden diverser Gewebe.

Besonders problematisch ist die Reliabilität spezieller Untersuchungstechniken z. B. an der Schulter und am Kniegelenk und deren Quantifizierungen (Jobe-Test, belly-press-Test, O'Brien-Test, Lachmantest, Pivot-shift-Zeichen und viele andere mehr). Viele dieser Untersuchungstests erfordern die unvoreingenommene Mitarbeit der zu untersuchenden Person. Die diagnostische Aussage ist meist gut (z. B. Nachweis der Knieinstabilität beim positiven Pivot-shift-Test), die quantitative Wertung aber sehr untersucherabhängig. Die Kompetenz von Sachverständigen und damit der Wert des Gutachtens steigen, wenn differenzierte Untersuchungstechniken richtig angewendet, beschrieben und eingeordnet werden.

Mit dem sehr groben MdE-Raster signalisiert der Gesetzgeber und die Rechtsprechung, dass übertriebene Messgenauigkeit nicht erforderlich ist, und dass eine Quantifizierung in „geringgradig/leicht – mittel – hochgradig/stark“ ausreicht, weil nur ein derartiges Grobraster nachvollzogen werden kann.

Das exakte Ausfüllen des Messbogens setzt voraus, dass sich die Sachverständigen mit der Messung nach der Neutral-0-Methode auskennen. Wer bei sich Unsicherheiten erkennt, dem sei dringlich das Formblatt F 4030 empfohlen, das sich in der Anlage befindet.

Die Winkelgrade sind auf 5° aufzurunden, die Umfänge auf 0,5 cm.

Der Röntgenbefund:

Zur Beurteilung des Ausmaßes einer Funktionsstörung ist eine Röntgenuntersuchung nicht erforderlich. Die Röntgenuntersuchung kann aber Aufschlüsse zum Heilverlauf und zur Prognose geben, zur Richtigkeit und zur Ursache des Beschwerdevortrags, zur Frage von Vorverletzungen und Vorerkrankungen, und sie bietet eine im weiteren Verlauf vergleichbare Befunddokumentation.

Der Röntgenbefund ist in den Gutachtentext zu übernehmen, unabhängig davon, ob die Befundung von einem Radiologen bzw. einer Radiologin oder von dem Gutachter bzw. der Gutachterin selbst durchgeführt wurde. Bei einer Fremdbefundung ist der Gutachter bzw. die Gutachterin aber verpflichtet, sich ein eigenes Urteil zu bilden, weil oft nur ihm bzw. ihr die Vorbefunde und natürlich das Beschwerdebild und der klinische Untersuchungsbefund bekannt sind.

Von entscheidender Bedeutung ist bei der Auswertung der Röntgenbilder der Vergleich mit den Voraufnahmen, die möglichst vollständig vom Auftraggebenden zu beschaffen sind und mit dem Gutachtenauftrag vorgelegt werden müssen.

Was und wie viele Röntgenaufnahmen angefertigt werden, entscheidet der Gutachter bzw. die Gutachterin, und zwar erst nach der Untersuchung und Sichtung der Voraufnahmen. Natürlich in Absprache mit der versicherten Person, der auf die Notwendigkeit der Untersuchung hinzuweisen ist.

Sinn und Zweck der Röntgendiagnostik sind: Bestätigung und/oder Ergänzung der klinischen Erkenntnisse (Dystrophiezeichen, Knochenatrophie, Bruchheilungsverzögerungen, Implantatirritationen, arthrotische Veränderungen, Fehlstellungen nach Art und Ausmaß, Vorschädigungen und deren Weiterentwicklung im möglichen Unfallzusammenhang).

3.3.4 B 4 Klagen und Befund in Übereinstimmung

Diese Frage ist mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten, ggf. mit der Formulierung: „Der objektive Befund ist mit den subjektiven Beschwerden nicht in Einklang zu bringen“.

3.3.5 B 5 Unfallfolgen

3.3.5.1 Kurze Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen

Die Überschrift drückt aus, was gefordert ist: Kurz, zusammenfassend, wesentlich. Der Begriff der Wesentlichkeit ist hier in seinem ursprünglichen Sinn zu verstehen: Wesentliche Unfallfolgen sind nur die resultierenden Funktionsstörungen:

- Geh-/Stehbehinderung
- Trage-/Belastungsminderung
- Bewegungseinschränkung
- Gelenkinstabilitäten
- Gelenkreizzustände
- Muskel-/Kraftminderung
- Trophische Störungen
- Entkalkung
- Längendifferenzen
- Achsen- und Drehfehler

Nicht zu den wesentlichen Unfallfolgen zählen:

- Zustand nach einer Verletzung
- Ohne Funktionsstörung geheilte Verletzung
- Ohne Funktionsstörung einliegende Metallimplantate

Die Aufzählung muss vollständig sein und so formuliert, dass die Sachbearbeitung sie ohne Abstriche in den Rentenbescheid übernehmen kann. Insofern haben die Sachverständigen eine Bringschuld, da nur sie auf der Basis ihrer Untersuchung Umfang und Vollständigkeit der funktionellen Auswirkungen des Unfalls festlegen können.

3.3.5.2 Unfallfolgen – unfallunabhängige Veränderungen

Rechtliche Bedeutung der Abgrenzung

Die Abgrenzung der Unfallfolgen von Nicht-Unfallfolgen ist von elementarer Bedeutung, weil die gesetzliche Unfallversicherung nur Leistungen für Unfallfolgen erbringt.

Bei den Unfallfolgen ist zu unterscheiden:

- Erst- und Folgeschäden
- Mittelbare Unfallfolgen
- Verschlimmerung bestehender Leiden

Unter „Unfallfolgen“ im Gutachten gehört eine zusammenfassende Darstellung der verbliebenen funktionellen Behinderungen und alles was eine Erklärung für eine Funktionsbehinderung ist.

Leitsatz:

Idealerweise sind die Unfallfolgen so zusammengefasst, dass sie für den Laien verständlich sind und wörtlich in den Rentenbescheid übernommen werden können.

Unfallfolgen/Nicht-Unfallfolgen

Die Abgrenzung der Unfallfolgen von den Nicht-Unfallfolgen ist von elementarer Bedeutung, weil die gesetzliche Unfallversicherung Sach- und Geldleistungen nur für Unfallfolgen erbringt. Ob eine Unfallfolge vorliegt, hängt dabei vor allem davon ab, ob der Unfall rechtlich wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörung ist (siehe hierzu haftungsbegründende Kausalität). Das Vorliegen von Unfallfolgen gleich welcher Art ist keine Tatbestandsvoraussetzung des Arbeitsunfalls.

Die Unfallfolgen werden in einem Bescheid rechtsverbindlich festgestellt und erlangen, soweit kein Rechtsbehelf eingelegt wird, dauerhafte Wirkung. D. h. der UV-Träger ist an diese Entscheidung gebunden und kann diese nur unter schwierigen rechtlichen Voraussetzungen ändern. Das bedeutet, dass, selbst wenn Gesundheitsstörungen bescheidmäßig zu Unrecht als Unfallfolgen festgestellt wurden, der UV-Träger diese unter Umständen zeitlich unbegrenzt entschädigen muss (u. U. Heilbehandlung gewähren, berufliche Rehabilitationsleistungen erbringen, Verletztenrente zahlen usw.).

Da die Anerkennung von Unfallfolgen im Bescheid auf den Feststellungen im Gutachten beruht und weitreichende Bedeutung hat, ist bei der Trennung von Unfallfolgen und Nicht-Unfallfolgen größte Sorgfalt notwendig.

Unfallfolgen

Bei den Körperschäden, die von der gesetzlichen Unfallversicherung entschädigt werden, sind zu unterscheiden:

- Erst- und Folgeschäden
- Mittelbare Unfallfolgen
- Verschlimmerung bestehender Leiden

Diese Begriffe werden nicht immer einheitlich verwandt und es ergeben sich oft Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten, die in aller Regel aber nur akademischer Natur sind.

- **Erstschäden**: Sind die mit dem äußeren Ereignis sofort eintretenden Gesundheitsstörungen.
Beispiel: Knochenbruch nach einem Sturz
- **Unmittelbare Folgeschäden** (Unfallfolgen, Dauerschäden) ergeben sich aus dem Erstscha-den. Folgeschäden sind alle Gesundheitsstörungen, die sich schicksalsmäßig aus den Erstscha-den ergeben (z. B. Arthrose, Bewegungseinschränkungen, Minderbelastbarkeit, Muskelschwäche, usw.).
- Bei den **mittelbaren Unfallfolgen** ist zwischen gesetzlich geregelten (§ 11 SGB VII) und den gesetzlich nicht genannten zu unterscheiden.

Zu den **gesetzlich geregelten mittelbaren Unfallfolgen** gehören

- Unfälle auf Wegen zu oder von der Heilbehandlung und
- z. B. die Ansteckung mit einer Infektionskrankheit bei einer Heilbehandlung.

Merke:

Die neuen Gesundheitsschäden sind keine neuen Arbeitsunfälle, sondern Folge eines bereits bestehenden mit der praktischen Konsequenz, dass kein neuer Arbeitsunfall zu melden ist und eine evtl. MdE-Erhöhung wegen einer wesentlichen Änderung vorzunehmen ist (keine eigenständige MdE und kein Stütztatbestand).

Zu den *gesetzlich nicht geregelten mittelbaren Unfallfolgen* gehören solche neuen Gesundheitsstörungen, die nach einem auf den Erstschaden zurückzuführenden neuen Schadensereignis eintreten.

Beispiel:

Gehbehinderung aufgrund eines unfallbedingten Schienbeinbruchs führt zu einem Sturz, bei dem es zu einem Armbruch kommt; Medikamenteneinnahme nach Unfall führt zu einer allergischen Reaktion.

Zwischen dem Gesundheitserstschaden und den Gesundheitsfolgeschäden muss ebenfalls ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang bestehen (haftungsausfüllende Kausalität). D. h., es müssen – wie bei der haftungsbegründenden Kausalität – die konkurrierenden, unfallabhängigen Ursachen dem unfallbedingten Gesundheitserstschaden gegenübergestellt werden und nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung bewertet werden.

Bayerisches LSG vom 15.7.1998 – L 18 V 61/94 (hier: Nierenschaden durch Medikamente):

Als mittelbare Schädigungsfolgen gelten Gesundheitsstörungen, die zwar unabhängig von dem schädigenden Vorgang selbst entstehen, bei deren Zustandekommen die anerkannte Schädigungsfolge aber wesentlich mitgewirkt hat. Es werden zwei Arten von mittelbaren Folgen der Schädigung unterschieden: Der Folgeschaden und die mittelbare Schädigungsfolge im engeren Sinn. Vom ersteren spricht man, wenn allein durch die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung ein weiteres Leiden entstanden ist. Die mittelbare Schädigungsfolge im engeren Sinn hingegen wird durch das „Zusammenspiel“ der als Schädigungsfolge anerkannten Gesundheitsstörung und einer Einwirkung von außen verursacht (hier Medikamente).

Zur Ergänzung:

Behandlung von unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen

BSG vom 30.10.1991 – 2 RU 41/90: „Zufallsfunde“ bei einer unfallbedingten Operation
Wird anlässlich einer zur Erkennung von Unfallfolgen durchgeführten Operation ein zusätzlicher Eingriff zur Behebung eines unfallfremden Leidens vorgenommen, so können die aus diesem Eingriff resultierenden Gesundheitsstörungen dem Arbeitsunfall nicht zugeordnet werden. Zwischen dem unfallfremden Leiden und dem Arbeitsunfall besteht lediglich insoweit ein Kausalzusammenhang, als die Unfallverletzung den Eingriff induziert hat, ohne den die unfallfremde Gesundheitsstörung nicht entdeckt und infolgedessen auch nicht operativ behandelt worden wäre. Diese Kausalität im naturwiss.-philosophischen Sinne reicht jedoch nicht aus, um die geltend gemachte Gesundheitsstörung als Folge des Arbeitsunfalls zu qualifizieren.

- **Verschlimmerung:** Eine Verschlimmerung kann begrifflich nur vorliegen, wenn die jetzt zu beurteilende Gesundheitsstörung vor dem Unfall bereits klinisch manifest war, d. h. ein Krankheitszustand mit objektivierbaren Veränderungen nachweisbar vorhanden war.

Bayerisches LSG vom 23.7.1998:

Eine Verschlimmerung ist die auf einen Teil der Gesamterscheinungen einer bestehenden Krankheit begrenzte Form des Ursachenzusammenhangs. Sie liegt vor, wenn die zu beurteilende Gesundheitsstörung vor dem Unfallereignis bereits als klinisch manifest, mit objektivierbaren Veränderungen vorhandener Krankheitszustand nachweisbar vorhanden gewesen ist. Allein der verschlimmerungsbedingte Anteil, die „durch den Unfall“ verursachte Steigerung der MdE, wird sodann – unter Berücksichtigung des Vorschadens – entschädigt. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem (anteiligen) Gesundheitsschaden des Klägers muss hinreichend wahrscheinlich sein.

Liegt eine Verschlimmerung vor, wird das Gesamtleiden rechtlich in den beruflich bedingten und den davon unabhängigen, auf die Vorschädigung zurückzuführenden Teil zerlegt und nur der unfallbedingte Verschlimmerungsanteil allein entschädigt. Ist eine Trennung von unfallbedingtem und unfallunabhängigem Anteil nicht möglich, ist das Gesamtleiden voll zu entschädigen.

Gutachterlich wird bisweilen unterschieden zwischen *einer vorübergehenden und einer dauernden Verschlimmerung*. Damit ist gemeint, dass bei einer vorübergehenden Verschlimmerung die Krankheit nach einer bestimmten Zeit wieder soweit abklingt, dass der Zustand vorliegt, der der schicksalsmäßigen Weiterentwicklung des Leidens entspricht. Dauernd ist die Verschlimmerung, wenn die verschlimmernde Wirkung bestehen bleibt, die vorbestehende Krankheit sozusagen „auf ein völlig anderes Gleis geschoben wird“. Abhängig davon, ob es sich um eine dauerhafte oder nur um eine vorübergehende Verschlimmerung handelt, führt dies zu dauernden oder zeitlich begrenzten Entschädigungsleistungen.

Zu lesen ist in Gutachten auch immer wieder der Begriff der richtungsgebenden Verschlimmerung.

Merke:

Maßgeblich für die Bewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung sind immer der gegenwärtige Zustand von Gesundheitsstörungen und keine Prognosen.

Es kommt deshalb auch immer nur auf den Zustand zum Zeitpunkt der Feststellung und darauf an, ob dieser Zustand rechtlich wesentlich durch das Unfallereignis verursacht ist. Bei jeder nachträglichen Verschlimmerung ist deshalb stets und neu zu prüfen, ob und inwieweit das Unfallereignis dafür ursächlich ist.

Was gehört in eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen?

Hierhin gehört eine zusammenfassende Darstellung der verbliebenen Behinderungen und alles, was eine Erklärung für eine Funktionsbehinderung ist (siehe 3.3.5.1).

Warum nur funktionelle Behinderungen?

Weil in der gesetzlichen Unfallversicherung nur funktionelle Behinderungen für die Rentenhöhe relevant sind. Rentenbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung ist im Kern immer *Funktionsbegutachtung*, d. h. dass es in aller Regel (von einigen Ausnahmen abgesehen) nicht auf den anatomischen Defekt, sondern allein auf die funktionellen Einbußen und deren Auswirkungen, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Erwerb zu verschaffen, ankommt.

Leitsatz:

Idealerweise sind die Unfallfolgen so zusammengefasst, dass sie für den Laien verständlich sind und wörtlich in den Rentenbescheid übernommen werden können.

3.3.6 B 6 Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen

Hier ist in erster Linie darauf abzustellen, was die bisherigen Ermittlungen ergeben haben.

Vorerkrankungen sind häufig in Berichten aus Reha-Kliniken aufgeführt, gelegentlich wird das Leistungsverzeichnis der Krankenkasse vorgelegt. In jedem Fall ist die versicherte Person noch einmal zu Vorerkrankungen oder vorbestehenden Beschwerden zu befragen. Hinweise auf vorbestehende Funktionseinschränkungen des unfallverletzten Körperabschnitts

sind festzuhalten, damit erneut Ermittlungen dahingehend eingeleitet werden können, ob es Befunde gibt, die vorbestehende Funktionseinschränkungen belegen können. Erst dann sind Aussagen darüber möglich, welchen Anteil die unfallbedingte Funktionsstörung an der Gesamtfunktionsstörung hat.

Beispiel:

Versicherte periprothetische Fraktur bei Hüft- oder Knie-TEP.

Häufig gibt es keine Angaben zu vorbestehenden Bewegungseinschränkungen, wodurch es fast nicht möglich ist, eine unfallbedingte MdE zu definieren.

Bei versicherten Vorunfällen könnte ein Stützrententatbestand vorliegen. Es ist nicht Aufgabe der Sachverständigen, einen Stützrententatbestand festzustellen. Nur wenn bezüglich möglicher Vorunfälle noch keinerlei Ermittlungen getätigt wurden, sind die durch Befragen der versicherten Person gewonnenen Erkenntnisse für die Auftraggebenden von Bedeutung.

3.3.7 B 7 Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist ein Rechtsbegriff. Sie definiert die Einschränkung der Fähigkeiten, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Erwerb zu verschaffen.

Die Erwerbsfähigkeit stellt die Möglichkeit einer versicherten Person dar, ihre Arbeitskraft unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihr nach ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten bieten, auf dem gesamten Gebiet des Arbeitslebens wirtschaftlich zu verwerten.

Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist der Grad, der durch den Versicherungsfall eingebüßten Erwerbsfähigkeit. Er bemisst sich grundsätzlich nach dem Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens und stellt die Differenz der Arbeits- und Erwerbsmöglichkeiten der versicherten Person aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens („allgemeinen Arbeitsmarkt“) vor und nach dem Versicherungsfall dar.

Die entsprechend dem Grad der MdE gezahlte Unfallrente hat keine Ausgleichsfunktion im Hinblick auf mögliche oder tatsächliche Einkommenseinbußen, sondern stellt eine abstrakte Entschädigungsleistung dar. Die Bemessung der Rentenleistung erfolgt damit nach dem Prinzip der abstrakten Schadensbemessung.

Bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit kommt es daher, anders als bei der „Arbeitsunfähigkeit“ und „Erwerbsminderung“ im Sinne der Rentenversicherung, nicht auf die vor dem Versicherungsfall verrichtete Tätigkeit oder den erlernten bzw. ausgeübten Beruf an.

Soweit die versicherte Person allerdings vor dem Versicherungsfall bereits völlig erwerbsunfähig war, kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr eintreten.

Zu beachten ist dabei allerdings, dass die völlige Erwerbsunfähigkeit nicht mit einer Erwerbsunfähigkeit bzw. vollständigen Erwerbsminderung i. S. der Rentenversicherung gleichzusetzen ist. Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ist nur dann von einer völligen Erwerbsunfähigkeit auszugehen, wenn die versicherte Person dauernd die Fähigkeit verloren hat, einen irgendwie nennenswerten Verdienst zu erlangen. Soweit vor dem Versicherungsfall noch die Möglichkeit bestand, einfache Tätigkeiten z. B. in Heimarbeit zu verrichten, liegt keine völlige Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung vor.

3.3.7.1 Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Festsetzung der MdE ist Aufgabe der Verwaltung. Die Sachverständigen geben im Gutachten lediglich einen Vorschlag für die Höhe der MdE-Festsetzung ab. Für die Bewertung der MdE ist die Minderung bzw. der Ausfall von Fähigkeiten, d. h. von Körper- und Gliedmaßenfunktionen maßgebend und nicht etwa Art und Umfang anatomischer Defekte.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit kann nur geschätzt und nicht konkret bemessen werden. Bei der Abschätzung des Einflusses der Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit haben sich im Laufe der Zeit *MdE-Erfahrungswerte* entwickelt. Auf diese ist bei der Einschätzung der MdE zurück zu greifen. Es handelt sich hierbei um typische MdE-Sätze für in der Praxis häufig vorkommende Verletzungsfolgen. Sie wurden von Sachverständigen, UV-Trägern und Gerichten als Maßstab für die MdE-Einschätzung bestätigt und dienen der Gleichbehandlung gleichartiger Fälle.

Wird im Gutachten bei der vorgeschlagenen MdE-Höhe von den MdE-Erfahrungswerten aufgrund von Besonderheiten des Einzelfalles abgewichen, bedarf dies einer besonderen Begründung.

Die versicherte Person ist in dem gesundheitlichen Zustand versichert, in dem sie sich zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles befindet. Die individuelle Erwerbsfähigkeit der versicherten Person ist daher vor dem Unfall immer mit 100 v. H. anzusetzen, auch wenn sie durch Vorschädigungen beeinträchtigt gewesen war. Sie stellt den Beziehungswert dar, dem das nach dem Versicherungsfall verbliebene Ausmaß an Erwerbsfähigkeit als Vergleichswert gegenüberzustellen ist.

Unfallfremde Vorschädigungen werden grundsätzlich nicht mitentschädigt. Rechtlich relevant sind Vorschädigungen nur dann, wenn zwischen der Vorschädigung und dem durch den Arbeitsunfall verursachten Schaden eine funktionelle Wechselwirkung besteht und die Folgen des Versicherungsfalles durch den Vorschaden beeinflusst werden.

Liegt eine solche Wechselwirkung vor, so wird in der Regel eine höhere MdE die Folge sein, sofern nicht Vorschädigungen und Unfallschaden ineinander aufgehen.

Beispiele:

- *Periprotetische Fraktur bei Hüft- oder Knie-TEP*
- *Fersenbeinfraktur links bei vorbestehender Steifheit der rechten Sprunggelenke*
- *Schienbeinkopfbruch bei vorbestehender Teilversteifung des Kniegelenkes*
- *Verlust des Augenlichts auf dem linken Auge bei vorbestehender Erblindung auf dem rechten Auge*

Bei der MdE-Einschätzung kommt es daher auf die individuelle Beurteilung des Einzelfalles an.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist ab dem Tag nach dem Wegfall der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit einzuschätzen. In der Regel wird der UV-Träger diesen Tag in seinem Auftragsschreiben angeben.

Wenn die Begutachtung erst einige Monate oder gar Jahre nach erstmaligem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit durchgeführt wird, kann die Ermittlung der MdE für die zurückliegende Zeit schwierig sein.

Nachdem sich jedoch nicht nur am Begutachtungstag, sondern auch für die zurückliegende Zeit die MdE nur auf die objektiven Funktionsausfälle stützen kann, kann die Antwort auf die Frage nach der MdE nur aus den dokumentierten Befunden nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ermittelt werden.

Hierzu dienen die F 2222-Mitteilung (Mitteilung D-Arzt bzw. D-Ärztin besondere Heilbehandlung), der möglicherweise vorliegende Abschlussbefund und Befunde, die in nachgehenden Zwischenberichten (oder Gutachten) festgehalten wurden.

Hat sich die Funktionseinschränkung in der Vergangenheit verändert, sollen die Sachverständigen die Höhe der MdE für die Vergangenheit abgestuft einschätzen. Grundlage hierfür können die objektiven Befunde oder die medizinischen Erfahrungen sein. Vorschläge gibt es z. B. für eine MdE-Abstufung nach einer Hüft-TEP-Implantation.

Bei der MdE-Einschätzung sollten Abweichungen von den MdE-Erfahrungswerten (nach oben oder unten) von den Sachverständigen nur vorgeschlagen werden, wenn sie diese auch begründen können. Das Abweichen von den MdE-Erfahrungswerten ist in der Begründung konkret darzulegen. Sie sollten auch wissen, dass ihre Empfehlung vor Bescheiderteilung im Verwaltungsverfahren überprüft wird. Wie schon ausgeführt, wird die abschließende Festlegung der MdE von der Verwaltung vorgenommen.

Schließlich sollten die Sachverständigen auch die Frage beantworten, wie lange die von ihnen aktuell vorgeschlagene MdE anzunehmen ist. Der UV-Träger kann bei bestimmten Konstellationen entscheiden, die vorläufige Rente als Gesamtvergütung auszuzahlen. Hierzu braucht er einen sachverständigen Hinweis, dass sich die Funktionsstörungen voraussichtlich weiter bessern werden.

Ändert sich der Unfallfolgezustand mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr (z. B. bei Amputationen, Versteifungen oder nach Implantation von Endoprothesen u. v. a. m.), kann der UV-Träger mit dem ersten Rentengutachten bereits einen Bescheid über eine Rente auf unbestimmte Zeit erteilen.

3.3.7.2 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – Allgemeines

Definition – § 56 Abs. 2 SGB VII:

Die MdE bezeichnet den durch die Unfallfolgen bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, d. h. dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt.

Es kommt grundsätzlich nicht auf den bisherigen Beruf, die bisherige Tätigkeit oder einen Einkommensverlust an. Es gilt das Prinzip der abstrakten Schadensbemessung. Bei identischen Unfallfolgen ist die MdE gleich hoch.

Rentenbegutachtung ist Funktionsbegutachtung, d. h. auf den anatomischen Defekt kommt es nicht an, sondern allein auf dessen funktionelle Auswirkungen.

Ausgangspunkt für die MdE-Bemessung ist bei jeder versicherten Person eine Erwerbsfähigkeit von 100 v. H.

Neben dem Jahresarbeitsverdienst (JAV) ist die MdE der zweite wichtige Parameter für die Höhe der Verletztenrente.

Beispiel für Verletztenrentenberechnung:

- $JAV = 60.000 \text{ €}; MdE = 100 \% \rightarrow 60.000 \times 2/3 (= \text{Vollrente mit } 100 \%)$
 $= 40.000 : 12 \text{ Monate} = 3.333,33 \text{ € monatliche Rente}$
- $JAV = 60.000 \text{ €}; MdE = 20 \% \rightarrow 60.000 \times 2/3 = 40.000 \times 20 \% = 8000$
 $8000 : 12 \text{ Monate} = 666,67 \text{ € monatliche Rente}$

Definition der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – § 56 Abs. 2 SGB VII:

Die MdE bezeichnet den durch die körperlichen, seelischen und geistigen Folgen des Versicherungsfalles bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, d. h. dem sog. allgemeinen Arbeitsmarkt.

*Es kommt also grundsätzlich nicht auf den bisherigen Beruf oder die bisherige Tätigkeit an (absolute Ausnahme nur bei einer sogenannten „besonderen beruflichen Betroffenheit“ – vgl. § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII -, die aber **ausschließlich** von der Verwaltung zu prüfen ist und nicht vom medizinischen Gutachter bzw. von der medizinischen Gutachterin), sondern auf den durch die Unfallfolgen bedingten Grad der auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verschlossenen Erwerbsmöglichkeiten.*

Folge daraus:

- Bei identischen Unfallfolgen ist die MdE bei allen Verletzten prinzipiell gleich hoch. Unerheblich ist auch, ob die verletzte Person schon oder noch im Erwerbsleben steht (daher auch MdE bei Rentnern und Kindern).
- Grundsatz: Rentenbegutachtung ist immer Funktionsbegutachtung, d. h. auf den anatomischen Defekt kommt es in der Regel für die MdE-Bemessung nicht an, sondern immer auf den Ausfall von Funktionen.

BSG vom 27.1.1976:

„Der Grad der durch Unfallfolgen verursachten MdE ist grundsätzlich nach dem Umfang der verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens zu beurteilen. Dabei hat das Gericht nicht nur alle Umstände des Einzelfalles, sondern auch die allgemeinen Lebensverhältnisse sowie die sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Danach ist der Schaden abstrakt zu berechnen, d. h., die in Form einer Rente zu gewährende Entschädigung soll nicht den tatsächlichen Minderverdienst ausgleichen; vielmehr wird die Entschädigung nach dem Unterschied der auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Erwerbsmöglichkeiten des Verletzten vor und nach dem Arbeitsunfall bemessen. Selbst wenn der Unfallverletzte trotz der Unfallfolgen seinen bisherigen Beruf nicht nur weiter ausüben kann, sondern auch das gleiche Arbeitseinkommen erzielt, wie er es ohne Unfallfolgen erreicht hätte, kann eine MdE gegeben sein. Die MdE kann sich in diesen Fällen darin auswirken, dass der Verletzte gegenüber einem unverletzten Versicherten zusätzliche körperliche und/oder geistige Anstrengungen erbringen muss, um den gleichen Erfolg im Erwerbsleben zu erlangen; oder auch in der Richtung, dass ihm gegebenenfalls wegen der Unfallfolgen eine berufliche Verbesserung verloren geht. Insoweit wird nicht nur allgemein der Gesundheitsschaden, der Verlust an körperlicher Unversehrtheit entschädigt, sondern auch die damit verbundene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf dem gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens.“

Bei der MdE-Bemessung handelt es sich um eine Schätzung – Abweichungen um 5 v. H. liegen deshalb innerhalb der Schwankungsbreite (sind deshalb grundsätzlich irrelevant).

Ausgangspunkt für die MdE-Bemessung ist bei jeder versicherten Person 100 v. H. (jede versicherte Person ist in dem Zustand versichert, in welchem er sich bei Eintritt des Versicherungsfalles befindet) vorherige Beeinträchtigungen führen deshalb grundsätzlich nicht zu einer von vorneherein niedrigeren MdE (Ausnahme möglich, siehe unter „Vorschädigungen“). Ausgeschlossen ist eine MdE aber bei vorher bereits bestehender völliger Erwerbsunfähigkeit (nicht identisch mit EU i. S. d. Rentenversicherung!). Völlige Erwerbsunfähigkeit nach Eintritt einer MdE ist ohne Bedeutung.

BSG-Urteil vom 24.2.1977 – Az. 8 RU 58/76:

„Bei der Feststellung des Grades der MdE, die infolge eines Arbeitsunfalls eingetreten ist, ist grundsätzlich von der tatsächlichen, individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem Unfall auszugehen, diese mit 100 v. H. einzusetzen und die Einbuße an dieser Erwerbsfähigkeit durch den Unfall in einem bestimmten Prozentsatz hiervon auszudrücken. Die – gegebenenfalls nur geringe – Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall ist derjenigen nach dem Unfall gegenüberzustellen und aus diesem Vergleich die prozentuale unfallbedingte MdE abzuleiten. Daraus folgt, dass ein Arbeitsunfall dann keine MdE zur Folge haben kann, wenn bei dem Verletzten bereits vor dem Unfall für dauernd keine auch nur geringe Erwerbsfähigkeit mehr vorhanden, er also „dauernd völlig erwerbsunfähig“ war.“

3.3.7.3 Einzelheiten zur MdE

MdE-Sätze: Sind abgestuft nach 5er- oder 10er-Graden; bei einer MdE unter 10 v. H. heißt es regelmäßig: „MdE ist nicht messbar“ oder „MdE unter 10 v. H.“.

In der gesetzlichen Unfallversicherung gelten für die Einschätzung der MdE eigenständige Erfahrungswerte.

Bei mehreren Versicherungsfällen ist für jeden Versicherungsfall eine gesonderte MdE festzustellen.

Bei Verletzungen mehrerer Körperteile durch einen Versicherungsfall ist eine Gesamt-MdE durch eine integrierende Gesamtschau zu bilden und keine bloße Addition der einzelnen MdE-Werte vorzunehmen.

Keine doppelte Berücksichtigung bei Überschneidung von Unfallfolgen.

Bei Vorschädigungen, die die Unfallfolgen in ihrer funktionellen Auswirkung verstärken, ist die MdE angemessen höher einzuschätzen. Werden dagegen die als Unfallfolge eingetretenen funktionellen Auswirkungen durch eine Vorschädigung gemindert, ist die MdE angemessen niedriger einzuschätzen.

Nach dem Versicherungsfall eintretende unfallunabhängige Schäden (sog. Nachschäden) wirken sich nicht auf die MdE aus.

Die gewöhnlich mit einer Verletzung einhergehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen sind in den MdE-Sätzen bereits enthalten.

Künftige Entwicklungen bleiben ausnahmslos unberücksichtigt.

MdE-Sätze:

Die MdE-Sätze sind abgestuft nach 5er- oder 10er-Graden.

Beispiel:

10 v. H., 15 v. H., 20 v. H. usw.

Bei einer MdE unter 10 v. H. heißt es regelmäßig: „MdE ist nicht messbar“ oder „MdE unter 10 v. H.“ (nicht 0 v. H.).

Praktisches Vorgehen: Vergleich der im konkreten Einzelfall vorliegenden funktionellen Einschränkungen mit den in der Literatur veröffentlichten allgemeinen Erfahrungswerten und den damit üblicherweise verbundenen funktionellen Einschränkungen wie z. B.:

<i>Verletzung</i>	<i>MdE</i>
Verlust des Beins im Unterschenkel	40
Verlust des Beins Oberschenkelmitte	60
Verlust der gesamten Hand	60
usw.	

Literatur zu den Erfahrungswerten z. B.:

Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich: Unfallbegutachtung. 14. Auflage, 2019, erschienen im Walter de Gruyter Verlag

Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 9. Auflage, 2017, Erich Schmidt Verlag

Um die verschiedenen in der Gutachtenliteratur veröffentlichten Erfahrungswerte der gesetzlichen Unfallversicherung zu vereinheitlichen, hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) 2015 ein unabhängiges, neutrales und ehrenamtlich tätiges Gremium multiprofessioneller Expertinnen und Experten einberufen, die von medizinischen Fachgesellschaften und anderen Institutionen benannt wurden. Die aus medizinischen Fachkräften, der Reha-Wissenschaft, Arbeitsmarktfachleuten sowie Juristinnen und Juristen bestehende „MdE-Expertengruppe“ hat entsprechend der International Classification of Functioning (ICF) MdE-Eckwerte bei Gliedmaßenverlusten definiert, die seit dem 01.11.2019 von allen UV-Trägern für Entscheidungen über Verletztenrenten zugrunde gelegt werden. Die praktisch bedeutsamsten Änderungen gegenüber den zuvor üblichen Erfahrungswerten, die sich aus der Arbeit der MdE-Expertengruppe ergeben haben, sind:

kompletter Daumenverlust:	MdE von 30 %
Langfingerverlust einheitlich	MdE von 10 %.

Näheres zur Arbeit und zu den Ergebnissen der MdE-Expertengruppe ist in einer Broschüre nachzulesen, die auf der Internetseite der DGUV kostenlos heruntergeladen werden kann (<https://publikationen.dguv.de/detail/index/sArticle/3667>).

Merke:

Einschätzung der MdE ist Rechtsfrage → Verwaltung und Gerichte sind an Vorschläge der Sachverständigen nicht gebunden.

BSG-Urteil vom 5.9.2006 – B 2 U 25/05 R:

„Die Bemessung des Grades der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß § 128 Abs 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung

der gesamten Umstände des Einzelfalls kann die Höhe der MdE geschätzt werden. Die zu meist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.“

Rentenbegutachtung ist im Kern immer Funktionsbegutachtung, d. h. maßgeblich ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, immer die funktionelle Einschränkung und nicht der anatomische Defekt.

Beispiel:

Nicht der körperferne Unterschenkelbruch bedingt eine MdE, sondern nur die daraus entstehenden funktionellen Einschränkungen, wie z. B. die Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk, die durch Indizien objektivierte und damit auch bewiesene Minderbelastbarkeit (z. B. Muskelminderung, Minderbeschwiellung, Knochenentkalkung).

Bei mehreren Versicherungsfällen ist für jeden Versicherungsfall eine gesonderte MdE festzustellen, und für jeden Versicherungsfall ist ggf. eine gesonderte Rente zu zahlen (keine gemeinsame MdE und Entschädigung!). Es kann deshalb zu mehreren Renten kommen, die addiert zu einer MdE von mehr als 100 v. H. führen (dann sind allerdings von der Verwaltung Höchstbeträge zu berücksichtigen – § 59 SGB VII).

BSG-Urteil vom 14.11.1984 – 9b RU 58/83:

„Der Kläger hat in einem zeitlichen Abstand von einem Vierteljahr zwei Arbeitsunfälle im Bereich der linken Hand erlitten. Die nach mehrfachen operativen Eingriffen vorhandenen Unfallfolgen schätzt das Berufungsgericht auf insgesamt 30 v. H. Diese Verfahrensweise steht nicht im Einklang mit dem Gesetz. In Fällen dieser Art, in denen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge mehrerer Arbeitsunfälle gemindert ist und der Vomhundertsatz der durch die einzelnen Arbeitsunfälle verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit zusammen wenigstens die Zahl 20 v. H. erreicht, ist für jede – auch für einen früheren Arbeitsunfall – Verletztenrente zu gewähren. Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind allerdings nur zu berücksichtigen, wenn die Erwerbsfähigkeit jeweils um wenigstens 10 v. H. gemindert ist (Stützrente). Gesundheitsschäden, die auf mehreren Arbeitsunfällen beruhen, sind getrennt zu beurteilen; eine Gesamt-MdE kommt insoweit nicht in Betracht. Der jeweils zuständige UV-Träger hat für jeden Arbeitsunfall die Rente gesondert festzusetzen.“

Verletzungen mehrerer Körperteile: Keine Addition der einzelnen MdE-Sätze (würde der Realität nicht entsprechen). Anhand der Gesamtauswirkungen ist eine **Gesamt-MdE** zu bilden. Sie ist i. d. R. niedriger als die Summe der Einzel-MdE-Werte. Entscheidend kommt es auf den Einzelfall an (z. B. niedrigere MdE bei Einschränkung der Zehenbeweglichkeit, die sich infolge gleichzeitiger Einschränkung im Fußgelenk minder stark auswirkt; anders herum auch möglich: Höhere MdE bei Verlust eines Beines und eines Armes, weil Gehfähigkeit dadurch besonders beeinträchtigt ist oder bei einer Wechselwirkung durch die Beeinträchtigung von paarigen Gliedmaßen).

Bayerisches LSG vom 10.3.2010 – L 2 U 177/07:

„Die streitige Bildung der Gesamt-MdE ist grundsätzlich so vorzunehmen, dass sie in der Regel niedriger ausfällt, als die Summe der Einzelschädigungen. Eine bloße Addition der Einzel-MdE-Sätze ist danach grundsätzlich nicht statthaft. Die Bildung der Gesamt-MdE ist in diesen Fällen vielmehr so vorzunehmen, dass die höchste Einzel-MdE gegebenenfalls unter Berücksichtigung weiterer Einzel-MdE-Sätze zu erhöhen ist. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die von der Beklagten im Vergleichsangebot bereits vorgenommene Einschätzung der Gesamt-MdE auf 40 v. H. nicht zu Ungunsten des Klägers unrichtig. Bei

Einzel-MdE-Sätzen auf neurologischem Gebiet von 10 und unter 10 v. H., auf urologischem Gebiet um 20 v. H. und auf orthopädischem Gebiet gleichfalls um 20 v. H. sind keine Gesichtspunkte zu erkennen, die ein Abweichen von diesen Regeln rechtfertigen könnten.“

Überschneidung von Unfallfolgen: Keine doppelte Berücksichtigung von Unfallfolgen z. B. bei Unfallfolgen auf chirurgischem und neurologischem Fachgebiet, die sich funktionell aber nur einmal auswirken (z. B. eingeschränkte Beweglichkeit).

Bei Vorschädigungen (klinisch manifeste Gesundheitsstörung, die unfallunabhängig oder verursacht durch anderen Unfall zum Unfallzeitpunkt bereits vorlag), die die Unfallfolgen in ihrer funktionellen Auswirkung verstärken, ist die MdE in angemessener Weise höher einzuschätzen, im umgekehrten Fall niedriger. Dies ist v. a. – aber nicht nur – bei Verletzung paariger, in Wechselwirkung miteinander stehender Organe (Hände, Füße, Augen) zu beachten (Beispiele: Unfallbedingter Verlust eines Auges (25 v. H.) bei vorherigem unfallunabhängigen Verlust des anderen Auges bedeutet MdE von 100 v. H.; unfallbedingter Verlust des rechten Kleinfingers – Normal-MdE 0 v. H. – bei vorherigem Verlust des rechten Mittelfingers – MdE 10 v. H. – ergibt MdE 20 v. H.). **Wichtig: Die Berücksichtigung von Vorerkrankungen hängt nicht davon ab, dass diese ihrerseits als BK oder Folgen eines Arbeitsunfalls anerkannt sein müssen. Auch durch einen privaten Unfall verursachte oder allgemein degenerativ bedingte funktionell relevante Vorschädigungen sind zu berücksichtigen, wenn sich die Unfallfolgen dadurch anders auswirken.**

BSG-Urteil vom 5.9.2006 – B 2 U 25/05 R:

„...Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies verlangt § 56 Abs 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wonach die „infolge“ des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Typischerweise ist eine derartige Beeinflussung anzunehmen, wenn durch zwei Schäden bzw. Erkrankungen dasselbe Organ oder dieselbe Körperfunktion betroffen ist, was insbesondere bei paarigen Organen anzunehmen ist. Hatte ein Versicherter z. B. sein linkes Auge vor dem Versicherungsfall verloren und verliert er durch den Versicherungsfall auch noch das rechte Auge, sind die Auswirkungen des Versicherungsfalles auf die Erwerbsfähigkeit erheblich schwerwiegender als in dem Fall, in welchem ein gesunder Versicherter durch den Versicherungsfall (nur) ein Auge verliert. Auch wenn ein bestimmtes Organ z. B. die Lunge durch eine Tuberkulose vorgeschädigt ist und die BK der Silikose hinzutritt (vgl. BSGE 9, 104, 110), kann die Lungenfunktion insgesamt schwerer betroffen sein als bei einem bis auf die Silikose lungengesunden Versicherten. Unter Umständen kann die Folge einer BK oder eines Arbeitsunfalls für die MdE beim Zusammentreffen mit einem Vorschaden weniger gewichtig sein, z. B. wenn ein durch einen Privatunfall Fußamputierter durch einen Arbeitsunfall den Unterschenkel verliert, oder der Betroffene kann sogar besser gestellt sein als vor dem.

Indes ist die Berücksichtigung von Vorschäden keineswegs auf die Schädigung paariger Organe oder die Betroffenheit desselben Organs oder derselben Körperfunktion beschränkt. Auch andere Vorschäden, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen, können im Sinne einer Beeinflussung Auswirkungen auf die durch den Versicherungsfall selbst hervorgerufene Einschränkung der Leistungsfähigkeit haben. In dem vom BSG entschiedenen Fall der Bemessung der MdE aufgrund einer BK der Nr. 5101 Anl. BKV hat der Senat daher dem LSG die Berücksichtigung aller dokumentierten Vorerkrankungen wie „Blut-

hochdruck, Nierensteine, Leistenbruch sowie Lockerung des Bandapparates am linken Knie“ (a.a.O., S. 212) aufgegeben. Es liegt auf der Hand, dass eine wechselseitige Beeinflussung von Vorschäden und Unfallschäden mit Auswirkungen auf das körperliche und geistige Leistungsvermögen und damit auf die Arbeitsmöglichkeiten im allgemeinen Erwerbsleben auch in anderen Fallgestaltungen berücksichtigt werden muss. So kann etwa ein durch einen privaten Unfall beinamputierter und daher auf den Gebrauch von Gehstützen angewiesener Mensch durch ein beruflich erworbenes Hautleiden, welches ihm den Gebrauch der Gehstützen erschwert, stärker betroffen sein, als ein beingesunder Versicherter mit einem gleichen Hautleiden.

Schließlich hängt die Berücksichtigung von Vorerkrankungen nicht davon ab, dass diese ihrerseits als BK oder Folgen eines Arbeitsunfalls anerkannt sein müssen. Dass für die Bewertung der MdE nicht auf eine gesunde Vergleichsperson, sondern auf die individuellen Verhältnisse des Versicherten abgestellt wird, hat nichts mit Kausalitäts- oder Zurechnungserwägungen zu tun, sondern beruht darauf, dass sich – wie oben ausgeführt – der Versicherungsschutz auf die Person des Versicherten und seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten im Zeitpunkt des Versicherungsfalls bezieht und die speziell bei ihm durch den Versicherungsfall hervorgerufene Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens entschädigt werden soll.

Für die Bemessung der MdE bei Vorschäden ist die bei dem Verletzten vor dem Versicherungsfall bestandene Erwerbsfähigkeit zugrunde zu legen und mit 100 v. H. einzusetzen.“

Sog. Nachschäden: Nach dem Versicherungsfall eintretende unfallunabhängige Schäden, wirken sich nicht auf die MdE aus (v. a. keine Erhöhung der MdE).

Beispiel:

Unfallbedingter Verlust eines Auges (25 v. H.) – nachträglich unfallunabhängiger Verlust des anderen Auges bedeutet MdE weiterhin 25 v. H.

BSG-Urteil vom 24.2.1977 – Az 8 RU 58/76:

„Die MdE bleibt, solange die Unfallfolgen sich nicht ändern, die maßgebende Rentengrundlage ohne Rücksicht darauf, ob und in welchem Umfang die Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch unfallunabhängige Umstände, insbesondere weitere Gesundheitschäden, zusätzlich gemindert oder gar völlig beseitigt wird. So genannte Nachschäden wirken sich also weder positiv noch negativ auf die unfallbedingte MdE aus.“

Schmerzen: Die gewöhnlich mit einer Verletzung einhergehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen sind in den MdE-Sätzen bereits enthalten, d. h. es darf keine MdE-Erhöhung deswegen vorgenommen werden. Ausnahme: Wenn im Einzelfall über das normale Maß hinausgehende, objektive Hinweise auf schmerzbedingte Funktionseinschränkungen vorliegen (z. B. Minderbeschwiellung, Muskelminderung, Knochenentkalkung sind beweiskräftige Indizien für eine überdurchschnittliche schmerzbedingte Schonhaltung).

Künftige Entwicklungen bleiben ausnahmslos unberücksichtigt; diese sind zur gegebenen Zeit im Rahmen eines Verschlimmerungsantrags zu berücksichtigen.

3.4 C Weitere medizinische Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe

3.4.1 C 1 Weitere medizinische Maßnahmen – aus ärztlicher Sicht

Ergibt sich aus der gutachtlichen Untersuchung, dass noch funktionelle Verbesserungen möglich sind, dann sollte Art und Umfang der vorgeschlagenen Behandlung definiert werden. Im Rahmen des ersten Rentengutachtens sind die orthopädischen Hilfsmittel zu überprüfen, ggf. Ergänzungen vorzuschlagen bzw. die Umsetzung einzuleiten.

Kritisch zu hinterfragen ist der oftmals geäußerte Wunsch, physikalisch/therapeutische Maßnahmen fortzusetzen, um einer Verschlimmerung vorzubeugen. Leitschnur für die Behandlungsvorschläge sind ausschließlich die Möglichkeiten funktioneller Verbesserungen oder – im Rahmen einer Schmerztherapie – die Umsetzung eines strukturierten Dauerbehandlungskonzepts, das aber eingehend zu begründen ist.

Man sollte vermeiden, im ersten Rentengutachten Behandlungsvorschläge zu unterbreiten, aus denen ein Anspruch der versicherten Person abgeleitet werden könnte (z. B. regelmäßige BGSW in 2-Jahresabständen etc.).

Reha vor Rente

Zielvorstellung des SGB VII ist, durch medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen die bestmögliche Rehabilitation anzustreben.

Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor der Rentengewährung.

Die Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen haben völlig eigenständige Voraussetzungen, die grundsätzlich unabhängig von den Voraussetzungen für einen Rentenanspruch sind.

Sachverständige sollen unter Frage C. 1. des Ersten Rentengutachtens auf bisher nicht genutzte und noch mögliche medizinische Reha-Maßnahmen hinweisen.

Unter Frage C. 2. sollen Sachverständige Angaben zu den noch oder nicht mehr vorhandenen Fähigkeiten der versicherten Person machen, die im Arbeitsleben regelmäßig eine Rolle spielen.

Allgemeines

Als erste Aufgaben nach Eintritt eines Versicherungsfalls in der gesetzlichen Unfallversicherung nennt das Gesetz in § 26 Abs. 2 SGB VII,

- den durch einen Arbeitsunfall oder eine BK verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und die Auswirkungen der Unfallfolgen zu erleichtern (die *medizinische Reha*),
- die versicherten Personen entsprechend ihrer Eignung und Neigung unter Berücksichtigung ihrer bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich wieder einzugliedern (*berufliche Reha*) und
- den versicherten Personen Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bereitzustellen (*soziale Reha*).

Zielvorstellung ist also,

- durch medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen die bestmögliche Rehabilitation anzustreben („Alles aus einer Hand“). Dabei wird die ganzheitliche Reha *von der Erstversorgung bis zur lebenslangen Nachsorge* von den UV-Trägern gesteuert. Führen diese absolute Priorität genießenden Bemühungen nicht zu einer vollständigen Beseitigung der Unfallfolgen, kommt eine Entschädigung durch Geldleistungen v. a. in Form einer Verletztenrente in Betracht.
- *Rehabilitationsleistungen haben Vorrang vor der Rentengewährung (§ 26 Abs. 3 SGB VII)*, d. h., dass sie vorrangig zu verfolgen sind. Auch nach erfolgter Rentenfeststellung ist von Amts wegen (d. h. ohne hierfür notwendigen Antrag) immer wieder zu prüfen, ob die Voraussetzungen für medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen vorliegen und diese zu gewähren sind.

Die Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen haben völlig eigenständige Voraussetzungen, die grundsätzlich unabhängig von den Voraussetzungen für einen Rentenanspruch sind (z. B. setzt ein Anspruch auf berufsfördernde Leistungen voraus, dass die versicherte Person infolge der Unfallfolgen nicht mehr dauerhaft dazu in der Lage ist, ihre zuletzt vor dem Arbeitsunfall ausgeübte berufliche Tätigkeit konkurrenzfähig weiterhin auszuüben). Es ist also nicht nur möglich, sondern auch häufiger der Fall, dass trotz Ablehnung einer Verletztenrente mangels einer rentenberechtigenden MdE von wenigstens 20 v. H. beispielsweise ein Anspruch auf berufsfördernde Leistungen besteht und umgekehrt.

Bei der Durchführung des Grundsatzes Reha vor Rente ist der/die Arzt/Ärztin für die UV-Träger unentbehrlich (vgl. § 17 Ärztevertrag).

Merke:

Anregungen und Vorschläge zu möglichen medizinischen und beruflichen Reha-Maßnahmen sind in der Regel für die versicherten Personen wesentlich nützlicher als eine wohlwollende MdE-Einschätzung.

3.4.2 C 1 Weitere medizinische Maßnahmen – aus Sicht der Verwaltung

Der Gutachter bzw. die Gutachterin soll unter Frage C. 1. des Ersten Rentengutachtens auf bisher nicht genutzte und noch mögliche Maßnahmen hinweisen.

Versicherte Personen haben Anspruch auf medizinische Reha-Leistungen mit „allen geeigneten Mitteln“ (§ 26 Abs. 2 SGB VII), d. h. die gesetzliche Unfallversicherung hat von allen Sozialversicherungszweigen den weitesten Reha-Umfang. Beschränkungen der Krankenversicherung auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, sind der Unfallversicherung fremd. Allerdings gilt auch in der gesetzlichen Unfallversicherung das *Sparsamkeitsprinzip* (§ 69 Abs. 2 SGB IV). Daraus folgt: „Mit allen geeigneten Mitteln“ heißt, dass die angewandten Mittel nach der herrschenden medizinischen Lehrmeinung wirksam sein müssen und von mehreren geeigneten Mitteln das sparsamere anzuwenden ist. Die Berücksichtigung des Sparsamkeitsprinzips darf die notwendige Qualität der Leistung nicht beeinträchtigen.

Die wesentlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen sind (§ 27 SGB VII):

- Erstversorgung,
- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (hier gelten Festbetragsregeln),
- häusliche Krankenpflege,
- Behandlung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Belastungserprobung und Arbeitstherapie zielen auf die berufliche Wiedereingliederung und müssen ärztlich angeordnet und überwacht werden. Während die Belastungserprobung feststellen soll, ob überhaupt und falls ja, welche Dauerbelastung der noch arbeitsunfähigen verletzten Person zuzumuten ist (diagnostische Maßnahme), zählt die Arbeitstherapie zur Ergotherapie, die körperliche und geistige Störungen beheben sowie die Eingliederung in Gesellschaft und Beruf erleichtern soll.

Vor allem auf die therapeutischen Behandlungskonzepte

- krankengymnastische und physikalische Therapie, EAP-Maßnahmen (Erweiterte Ambulante Physiotherapie),
 - Bewegungstherapie,
 - Beschäftigungstherapie im Rahmen von stationärer Behandlung,
 - Sprachtherapie,
 - begleitende geistige und seelische Führung des Patienten bzw. der Patientin
- soll unter Frage C. 1. hingewiesen werden, sofern diese Heilungserfolge versprechen.

3.4.3 C 2 Welche Arbeiten können verrichtet werden – aus ärztlicher Sicht

Gefragt ist in erster Linie das negative Leistungsbild aufgrund der unfallbedingt eingetretenen Funktionsstörungen. Sachverständige sollten hierbei nicht nur Bezug nehmen auf den aktuellen Untersuchungsbefund, sondern auch eine Prognose abgeben. Bei älteren versicherten Personen sollte – bei eingeschränkten Kompensationsmöglichkeiten – auf die verbliebenen Funktionen hingewiesen werden, bei jüngeren versicherten Personen auf eine langfristige Entwicklung des Unfallschadens. So kann z. B. eine chronische Knieinstabilität viele Jahre lang gut kompensiert sein, um dann doch in einer dem Alter weit voraus-eilenden Arthrose zu enden.

Die Frage nach Art und Umfang der Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Sachverständige nur dann beantworten, wenn das konkrete Anforderungsprofil der versicherten Person bekannt ist und wenn gezielt gefragt ist, welche Arbeitsplatzanforderungen die versicherte Person nicht mehr erfüllen kann.

3.4.4 C 2 Welche Arbeiten können verrichtet werden – aus Sicht der Verwaltung

Frage C. 2. des Ersten Rentengutachtens betrifft die berufliche Rehabilitation.

Die berufliche Reha hat ebenso wie die medizinische so früh wie möglich zu beginnen. Die Nahtlosigkeit zwischen der medizinischen und der beruflichen Reha ist eine Besonderheit in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dabei heißt Nahtlosigkeit nicht nur lückenloser Übergang zwischen den Reha-Abschnitten. Nähte halten bekanntlich ja besonders gut, wenn sich Stofflappen möglichst weit überschneiden. Deshalb beginnt die berufliche Reha auch schon während der medizinischen Reha (meist mit dem Besuch eines Berufshelfers).

Voraussetzung für einen Anspruch auf berufliche Reha-Maßnahmen ist u. a., dass trotz Ausschöpfung aller Maßnahmen der medizinischen Reha die versicherten Personen wegen Art und Schwere der Verletzung auf Dauer ihren bisher ausgeübten Beruf/ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr wettbewerbsfähig ausüben können.

Infrage kommende berufliche Reha-Maßnahmen sind insbesondere (§ 35 SGB VII):

- Leistungen zur Teilhabe

„Erhaltung eines Arbeitsplatzes“: Primäres Ziel ist immer die Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz oder zumindest in derselben Firma, ggf. auch mittels einer Arbeitsanpassung mit Hilfsmitteln. Ist dies nicht möglich, wird die Eingliederung auf gleichem beruflichen Niveau in einer anderen Firma angestrebt. Falls auch dies scheitert, wird eine Umschulung geprüft.

Arbeitsaufnahme: Ausrüstung mit Arbeitsprothesen und besonderen Hilfsmitteln, Hilfe für KFZ-Beschaffung/-ausstattung, Umzugskosten.

- *Berufsvorbereitung* (gibt die Möglichkeit, Fähigkeiten zunächst während einer länger-dauernden Maßnahme ohne Leistungsdruck und somit Ausschaltung der Gefahr der Resignation oder zu großer körperlicher Belastung anzuwenden) *einschließlich der wegen eines Gesundheitsschadens erforderlichen Grundausbildung* (Maßnahmen, mit deren Hilfe behinderungsbedingte Nachteile überwunden werden sollen und die die notwendigen Voraussetzungen zur Erlangung der Reha-Fähigkeit sind z. B. Blindenschrift).
- *Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung* ist Kernbereich der Teilhabe am Arbeitsleben. Ziel der Leistungen ist, aufbauend auf schon vorhandenen Erfahrungen berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten entweder im bisherigen Berufsbereich zu erweitern oder für den Übergang in eine andere berufliche Tätigkeit zu vermitteln.
- *Arbeits- und Berufsförderung in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte*

Neben den genannten Sachleistungen kommen noch Geldleistungen an den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin in Form von

- Eingliederungshilfen
 - Kostenübernahme für Probebeschäftigung
 - Kostenübernahme für Ausbildung im Betrieb
- infrage.

Im Rahmen der hier erwarteten Vorschläge bedarf es keines Eingehens auf Einzelheiten der Berufstätigkeit. Diese kennen Sachverständige in aller Regel gar nicht genügend. Hier soll angegeben werden, ob der verletzte Person

- leichte, mittelschwere oder schwere Arbeit verrichten kann,
- Lasten heben und tragen kann,
- länger stehen und gehen kann,
- Treppen steigen oder auf unebenem Boden gehen kann,
- in gebückter Stellung oder im Sitzen arbeiten kann,
- dicke und dünne Gegenstände halten kann und
- die Zurücklegung des Weges zur Arbeit möglich ist.

Kurzum: Angaben zu den noch oder nicht mehr vorhandenen Fähigkeiten der versicherten Personen, die regelmäßig im Arbeitsleben eine Rolle spielen.

Bezogen auf diese im Arbeitsleben notwendigen Fähigkeiten, aber auch nicht genannte Möglichkeiten, die die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person zu steigern in der Lage sind, sollen Vorschläge unterbreitet werden. Als Beispiel: Vorschlag für konkrete technische Hilfen am Arbeitsplatz oder konkrete Vorschläge zu einer behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung.

3.4.5 C 5 Sonstige Bemerkungen

Hier ist Raum für alles, was noch nicht angesprochen war. Insbesondere sollte auf die Notwendigkeit von Zusatzgutachten in anderen Fachgebieten und die später notwendige Ermittlung einer Gesamt-MdE hingewiesen werden.

Sollten Zweifel an der Unfallkausalität bestehen, könnten hier Hinweise stehen, welche weiteren Ermittlungen notwendig sind, um die Sachverhalte zu klären.

4 Das freie Gutachten

Klassischer Aufbau:

- 1 Einleitung
- 2 Vorgeschichte/Akteninhalt
- 3 Unfallschilderung/Klagen
- 4 Befund
 - 4.1 Klinischer Befund
 - 4.2 Klinische Spezialtests
 - 4.3 Röntgenbefund
- 5 Beurteilung
 - 5.1 Unfallabhängige Diagnosen
 - 5.2 Unfallunabhängige Diagnosen
 - 5.3 Argumentation bzgl. 5.1.) und 5.2.)
- 6 MdE-Vorschlag und dessen Begründung (evtl. zeitliche Staffelung)
- 7 Hinweise auf weitere medizinische/berufliche Maßnahmen oder voraussichtlich eintretende Besserung oder Verschlimmerung
- 8 Schluss

4.1 Notwendigkeit

Freie Gutachten werden insbesondere in Auftrag gegeben bei:

- fraglichen Ursachenzusammenhängen (sog. Zusammenhangsgutachten)
- Polytraumen
- Mehreren Gutachten aus verschiedenen Fachbereichen
- Schwierigen Kausalitäts- und Abgrenzungsfragen zwischen Unfall- und Nicht-Unfallfolgen

4.2 Aufbau

Auch bei freien Gutachten hat sich der klassische Aufbau bewährt, bestehend aus:

- 1 Einleitung
- 2 Vorgeschichte/Akteninhalt
- 3 Unfallschilderung/Klagen
- 4 Befund
 - 4.1 Klinischer Befund
 - 4.2 Klinische Spezialtests
 - 4.3 Röntgenbefund
- 5 Beurteilung
 - 5.1 Unfallabhängige Diagnosen
 - 5.2 Unfallunabhängige Diagnosen
 - 5.3 Argumentation bzgl. 5.1.) und 5.2.)
- 6 MdE-Vorschlag und dessen Begründung (evtl. zeitliche Staffelung)
- 7 Hinweise auf weitere medizinische/berufliche Maßnahmen oder voraussichtlich eintretende Besserung oder Verschlimmerung
- 8 Schluss

ad 1)

Aus der Einleitung des Gutachtens muss hervorgehen, von wem und wann der Gutachtenauftrag erteilt wurde und wer wann das Gutachten auf welchen Grundlagen (z. B. aufgrund einer klinischen und röntgenologischen Untersuchung, Labortests, Aktenunterlagen usw.) erstellt hat („5W-Fragen“).

Beispiel:

Dr. med. XY

Krankenhaus XY, den ...

Betr.: Patienten XY, geb. ..., wohnhaft

Unfall vom ...

Aktenzeichen

Auf Veranlassung der XY-Berufsgenossenschaft mit Schreiben vom ... erstatten wir in der Arbeitsunfallsache des oben genannten anhand einer klinischen und röntgenologischen Untersuchung am ..., sowie der Akten der BG und der Krankenunterlagen, folgendes ärztlich-chirurgische Gutachten:

ad 2 - 4.3

zu Vorgeschichte, Klagen, und Befunderhebung siehe Anforderungen an das Erste Rentengutachten

ad 5)

Die Beurteilung – Kern des freien Gutachtens – kann mit einer Voranstellung der zu beantwortenden Fragen und mit einer kurzen Zusammenfassung der bisher festgestellten medizinischen Tatbestände beginnen. Die Betonung liegt auf kurz! Keinesfalls ist das bisher Gesagte über mehrere Seiten hinweg, lediglich umfangmehrend nochmals zu wiederholen!

Beispiel für Aufbau in der Beurteilung:

- unfallbedingte Gesundheitserstschäden und daraus resultierende Unfallfolgen (funktionelle Dauerschäden)
- Unfallunabhängige Erkrankungen
- Argumentation

Unfallbedingte Gesundheitserstschäden und daraus resultierende Unfallfolgen sowie unfallunabhängige Erkrankungen

Gebäuchlich sind folgende Formulierungen:

„Bei dem Unfall am ... kam es zu folgenden Verletzungen“

oder auch

„Als Folge des Unfalls vom ... finden sich heute noch auf chirurgischem Fachgebiet“

Weiter geht es dann oft mit:

„Unfallunabhängig liegt vor: ...“

Merke:

Nur zweifelsfrei erwiesene Verletzungen dürfen aufgeführt werden.

Verdachtsdiagnosen genügen nicht und müssen deshalb ganz klar als solche herausgestellt werden und bei allen weiteren Beurteilungen außer Acht bleiben.

Diagnosen müssen so genau und allgemein verständlich (d. h. in der Regel in deutscher Sprache) wie möglich benannt sein (falsch: „Zustand nach ...“).

ad 6)

MdE-Vorschlag und dessen Begründung

Beim MdE-Vorschlag ist anhand der in der Literatur (genaue Angabe der Literaturstelle) vorhandenen Eckwerte der Vorschlag näher zu begründen (häufig wird ohne eine nähere Begründung lediglich eine nicht nachvollziehbare Prozentzahl in den Raum gestellt – Näheres hierzu siehe bei „MdE-Einschätzung“).

ad 7)

Sonstige Hinweise im Gutachten

Das Gutachten schließt mit Hinweisen auf eine mögliche Besserung oder Verschlimmerung, weitere Behandlungsmaßnahmen, berufliche Rehabilitations-Maßnahmen und Empfehlungen einer weiteren oder nächsten Untersuchung.

ad. 8)

Schluss des Gutachtens (s. auch „Persönliche Verantwortung des Gutachters bzw. der Gutachterin“)

Am Ende darf die Unterschrift als Kennzeichen, dass *der bzw. die Beauftragte und der Gutachtenverfasser bzw. die Gutachtenverfasserin* die volle Verantwortung für den Inhalt des Gutachtens übernimmt, nicht fehlen (üblicher und zulässiger Zusatz: „Einverstanden aufgrund persönlicher Begegnung, Prüfung und Urteilsbildung“).

5 Rechnungsstellung

Regelungen zur Honorierung der Gutachten und der in diesem Rahmen erbrachten sonstigen Leistungen finden sich in der

- UV-GOÄ sowie dem
- Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag)

Vergütet werden die

- Erstattung des Gutachtens
- Ärztlichen Leistungen (z. B. Untersuchungsmaßnahmen)
- Schreibgebühren/Portoauslagen

5.1 Gutachtengebühren

Die Gebühren für Gutachten stellen eine sog. Grundgebühr dar, die u. a. das Akten- (und evtl.) Literaturstudium, das Diktat und die Korrektur abgelten.

Bei den Gebühren wird zwischen Formular- und freien Gutachten unterschieden.

Formulargutachten (UV-GOÄ Nrn. 146 - 155)

Die Gebühren für Formulargutachten sind nach festen Sätzen pauschaliert. Die hier genannten Gebühren entsprechen dem Stand 21.09.2022. Die aktuellen Gebühren in der UV-GOÄ finden Sie hier www.dguv.de Webcode d1781 :

- | | |
|---|----------|
| • Erstes Rentengutachten – A 4200
(UV-GOÄ Nr. 146) | 140,00 € |
| • Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit) – A 4500
(UV-GOÄ Nr. 148) | 115,00 € |
| • Rentengutachten (Nachprüfung MdE) – A 4510
(UV-GOÄ Nr. 150) | 115,00 € |
| • Rentengutachten (Rente nach Gesamtvergütung) – A 4520
(UV-GOÄ Nr. 152) | 115,00 € |
| • Gutachten bei Abfindung – A 4550
(UV-GOÄ Nr. 153) | 47,53 € |

Hinweis:

Die Erstellung von Formulargutachten mittels PC ist zulässig, sofern das Layout des Formulars (z. B. Wiederholung der Fragestellung, Hervorhebung der Fragen durch Fettdruck) in etwa wiedergegeben wird. Gebührenrechtlich bleibt dieses Gutachten dann jedoch unverändert ein Formulargutachten. Der Ansatz der Gebühr für freie Gutachten ist nicht möglich.

Anmerkung:

Die Formulargutachten können auch auf der Website der DGUV – <http://www.dguv.de/formtexte/index.jsp> – als WORD-Dokument oder als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Freie Gutachten (UV-GOÄ Nrn. 160 – 165)

Bei den freien Gutachten werden folgende Arten unterschieden:

- Freie Gutachten (ohne Fragestellung zum ursächlichem Zusammenhang) anstelle Formulargutachten (z. B. Verwendung des Formulargutachtens ist bei Zusatzbegutachtungen auf anderen Fachgebieten nicht sinnvoll)
(UV-GOÄ Nr. 160) – 330,00 €
- Freie Gutachten mit Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang
(UV-GOÄ Nr. 161) – 570,00 €
- Eingehend begründete wissenschaftliche (Zusammenhangs-) Gutachten.
(UV-GOÄ Nr. 165) – 840,00 €

Anmerkung:

Zusammenhangsgutachten sind nicht Gegenstand dieses Kurses und werden daher hier nicht weiter abgehandelt.

5.2 Ärztliche Leistungen (§ 60 Ärztevertrag)

Für ärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Begutachtung erbracht werden, richtet sich die Vergütung nach den Sätzen der „besonderen Heilbehandlung“.

Die UV-GOÄ Nummern 1 oder 6 (je nach Einzelfall) werden bei Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung regelmäßig berechenbar sein. Allerdings sollte aus der Befunddokumentation des Gutachtens ersichtlich sein, welche Untersuchung durchgeführt wurde. Die hier genannten Gebühren entsprechen dem Stand 21.09.2022. Die aktuellen Gebühren in der UV-GOÄ finden Sie hier www.dguv.de Webcode d1781.

Für die Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen werden folgende Pauschalen gewährt (UV-GOÄ Nrn. 5255 – 5257):

- Bis zu 15 Aufnahmen 12,07 €,
- bis zu 40 Aufnahmen 21,13 € und
- über 40 Aufnahmen 42,23 €.

5.3 Schreibgebühren (UV-GOÄ Nrn. 190 und 191)/Portoauslagen

Die Schreibgebühren für das Gutachten betragen

4,50 € je Originalseite und
0,21 € je verlangte Durchschlagsseite.

Berechnungsfähig ist jede angefangene Seite ebenso etwaige Messbögen.

Die hier genannten Gebühren entsprechen dem Stand 21.09.2022. Die aktuellen Gebühren in der UV-GOÄ finden Sie hier www.dguv.de Webcode d1781.

Bei der Erstellung von Gutachten mittels PC sollte eine vernünftige Schriftgröße gewählt werden. Es ist nicht notwendig, dass man das Gutachten auch aus einer Entfernung von 3 Metern noch gut lesen kann. Darüber hinaus trägt es nicht zur Übersichtlichkeit bei, wenn nach jedem Satz eine neue Seite begonnen wird.

Die im Zusammenhang mit der Übersendung des Gutachtens entstandenen Portokosten werden ebenfalls erstattet.

5.4 Umsatzsteuerpflicht auf ärztliche Gutachten

Mit Wirkung ab 01. Januar 2009 wurde § 4 Nr. 14 UStG, der die Umsatzsteuerbefreiung von Heilbehandlungen im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt bzw. Ärztin regelt, neu gefasst. Die neue Fassung enthält im Wesentlichen Klarstellungen im Hinblick auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs.

Änderungen für die Praxis der UV-Träger ergeben sich aus der Neufassung nicht.

Es gilt nach wie vor der Grundsatz, dass solche Leistungen von der *Umsatzsteuer befreit* sind, die zum Zwecke der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Heilberufliche Leistungen sind nur steuerfrei, wenn bei der Tätigkeit ein *therapeutisches Ziel* im Vordergrund steht.

Gutachten nach § 4 Nr. 14 UStG sind nicht *umsatzsteuerfrei*, wenn die *Rentenfeststellung* Anlass für das ärztliche Tätigwerden ist und nicht die medizinische Betreuung, auch wenn die Gutachten Feststellungen zu weiteren ärztlichen Maßnahmen, zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit oder zur Ausstattung mit Hilfsmitteln enthalten.

Maßgebend sind demzufolge der Stand des Verfahrens und der Anlass (Rehabilitation oder Rentenfeststellung) des Gutachtens.

Hinsichtlich der *Nebenleistungen* bezieht sich die etwaige Steuerpflicht auf die gesamten Kosten – ärztliche Untersuchungen einschließlich Sachkosten (z. B. Schreibgebühren, Wegegeld und Kosten für das nichtärztliche Personal), auch wenn diese separat in Rechnung gestellt werden (z. B. Begutachtung im Krankenhaus). Das Steuerrecht stellt insofern ab auf die Einheitlichkeit der Leistung – die Nebenleistungen teilen umsatzsteuerrechtlich das Schicksal der Hauptleistung (so Richtlinie zu § 3 UStG, A29).

Nach dem geltenden Umsatzsteuerrecht kommt eine Steuerbefreiung der Sachverständigentätigkeit nur dann zum Tragen, wenn der Arzt bzw. die Ärztin als Kleinunternehmer bzw. Kleinunternehmerin nach § 19 UStG von der Umsatzsteuer befreit ist; dies ist nicht der Fall, wenn der Arzt bzw. die Ärztin nach § 19 Abs. 1 UStG für die Umsatzsteuerpflicht optiert hat oder bei Überschreitung der in § 19 Abs. 1 UStG genannten Grenzen.

6 Empfehlungen

6.1 Hinweise bei MdE-Einschätzung von Schülern bzw. Schülerinnen und Studierenden

Im Allgemeinen ist die MdE vom Tage nach dem Unfall an einzuschätzen. Die Dauer einer unfallbedingten Unterbrechung des Schul- oder Hochschulbesuchs lässt zwar Rückschlüsse auf den Heilverlauf zu, ist jedoch nicht von vornherein einer völligen Erwerbsunfähigkeit (100 v. H.) gleichzusetzen.

Bei Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten wird empfohlen, bei der Schätzung der MdE während der Dauer der Gipsversorgung von folgenden Anhaltspunkten auszugehen:

Für die Zeit der stationären Behandlung	100 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Liegegips	100 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Gehgips (Oberschenkel)	50 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Gehgips (Unterschenkel)	40 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Oberarmgips (Gebrauchsarm)	60 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Oberarmgips (kein Gebrauchsarm)	40 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Unterarmgips (Gebrauchsarm)	30 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Unterarmgips (kein Gebrauchsarm)	30 v. H.
für die Zeit der Versorgung mit Ober- oder Unterarmgips beider Arme	100 v. H.

Zwar ist bei der Bewertung der Unfallfolgen immer die Einzelsituation jedes Unfallverletzten zu berücksichtigen; eine von den Anhaltspunkten abweichende Beurteilung kommt jedoch nur bei besonderen anatomischen Veränderungen gegenüber der Norm in Betracht und sollte besonders begründet werden.

Bei Schülern und Schülerinnen und Studierenden mit Anspruch auf Verletztengeld ist der MdE-Grad vom Tage nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung zu beurteilen.

6.2 Untersuchungsgang und Befundung – obere Extremität

6.2.1 Allgemeinbefund

- Alter, Größe, Gewicht, Konstitution
- Geh- und Bewegungshilfen: z. B. Begleitung bei Kindern und Alten, Gehstützen,
- Prothesen, Orthesen, Bandagen
- Ausziehvorgang
- Augenfällige Allgemeinerkrankungen, Entwicklungsmissbildungen, Folgen früherer Verletzungen

6.2.2 Lokalbefund

6.2.2.1 Betrachtung (im Stehen!)

- Symmetrie ob. WS, Brustkorb und Schultergürtel
- Eventuell Zervikalsyndrom
- Armachsen
- Gelenkumrisse vergleichend!
- Muskelmasse vergleichend!
- Trophik vergleichend!
- Narben

6.2.2.2 Betastung

- Narbenstörungen, Druckschmerzen
- Gewebswassereinlagerungen
- Kapselschwellungen, Gelenkreizung
- Bewegungsgeräusche
- Muskelspannung, Grobkraft
- Hohlhandverarbeitung vergleichend!
- Neurologische Ausfälle
- Pulse

6.2.2.3 Bewegungsprüfung

entsprechend Neutral-0-Methode!

Dazu an der *Schulter*: Schultergriff,
 Nackengriff,
 Schürzengriff prüfen

Am *Ellbogen*: Griff zum Mund und zum Kragenknopf

An *Hand und Fingern*: Spitzgriff, Schlüsselgriff, Hakengriff, Grobgriff,
 Faustschluss, Handspanne, Geschick

6.2.2.4 Vermessung

6.3 Untersuchungsgang und Befundung – untere Extremität

6.3.1 Allgemeinbefund

Wie bei „obere Extremität“

Dazu von Bedeutung: Schuhzeug, Schuhabnutzung etc.

6.3.2 Lokalbefund

6.3.2.1 Betrachtung (im Stehen!)

- Fußform vergleichend
- Beinachsen vergleichend
- Beinlänge vergleichend

- Trophik, Krampfadem etc. vergleichend
- Schwellungen vergleichend
- Gelenkumrisse vergleichend
- Muskelmasse vergleichend

6.3.2.2 Gangbild

- Schonhinken, Verkürzungshinken, Fußabrollung, Belastungsdauer
- Langsames Gehtempo – schnelles Gehen
- Sicherheit des Einbeinstandes
- Zehengang – Fersengang
- Hocke

6.3.2.3 Betastung

(in Rückenlage)

- Muskelspannung
- Narben – Narbenstörungen
- Knochen- oder Gelenkverformungen
- Druck- und Bewegungsschmerzen
- Am Knie: Erguss, Kapselschwellung, Meniskuszeichen, Gelenkreiben, Bandfestigkeit, evtl. Lockerung ausgleichbar; Zustand Kniescheibengelenk
- Gewebswassereinlagerungen
- Fußsohlenbeschwellung
- Pulse
- Nervenversorgungsstörungen

6.3.2.4 Umfangmessung

6.3.2.5 Bewegungsprüfung entsprechend Neutral-0-Methode

6.4 Untersuchungsgang und Befundung – Wirbelsäule

6.4.1 Allgemeinbefund

Wie bei „obere Extremität“

Nebenbei: Beweglichkeit beim Aus- und späteren Ankleiden oft sehr aufschlussreich!

6.4.2 Lokalbefund

6.4.2.1 Im Stehen

a) Betrachtung

- Fußform
- Beinachsen
- Muskelbesatz Gesäß und Beine
- Beckenstand – Schulterstand
- WS-Aufbau a. p. seitlich
- Achsenknicke
- Unregelmäßigkeiten Dornfortsatzreihe
- Rücken- und Rückenstreckmuskulatur
- Rippenbuckel oder Lendenbuckel
- Lendendreiecke regelrecht

b) Betastung

- Muskelverspannungen
- Druck-, Klopf- oder Stauchungsschmerzen

c) Bewegungsprüfung

- Rumpfbeuge – Fingerspitzenbodenabstand
- Ott'sches Zeichen 30 : x
- Schober'sches Zeichen 10 : x
- Sicherheit beim Aufrichten
- Seitneigung – Finger erreichen Fibulaköpfchen
- Rumpfdrehung bei fixiertem Becken
- Harmonie der Bewegungsabläufe
- Einbeinstand – beiderseits sicher möglich

6.4.2.2 Im Liegen

a) Rückenlage

- Beinbeweglichkeit
- Neurologie
- Aufrichten ohne Handhilfe möglich
- Umlagerung auf Bauch sicher

b) Bauchlage (Arme anliegend)

- Bleibende Muskelknoten oder -stränge
- Druckschmerzen genauer lokalisierbar
- Überstreckung ohne Handhilfe möglich

7 Vordrucke

Die aktuellen Vordrucke sind unter <http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp> zu finden.

Wenn Sie über Aktualisierungen informiert werden möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an ak-formtexte@dguv.de

8 Literaturverzeichnis

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV): Grundlagen der Begutachtung von Arbeitsunfällen – Erläuterungen für Sachverständige. Berlin

Ludolph, Lehmann, Schürmann: Kursbuch der ärztlichen Begutachtung. ecomed, Landsberg

Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich: Unfallbegutachtung. Walter de Gruyter Verlag, Berlin/New York

Weise, Schiltenswolf: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Springer-Verlag, Heidelberg

Schönberger, Mehrrens, Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Erich Schmidt-Verlag, Berlin/Bielefeld/München

Alfons, W.: Der medizinische Sachverständige. Zeitschrift für die gesamte medizinische Gutachtertätigkeit, Erich Schmidt Verlag, Stuttgart

Zeitschrift der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken: Trauma und Berufskrankheit. Springer-Verlag Heidelberg

Zeitschrift: Der Unfallchirurg. Springer-Verlag, Heidelberg

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

Glinkastr. 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0
www.dguv.de

