



Herausforderungen in der Begutachtung von PAIS

Dr. Miroslav Krstić
Chefärztlicher Bereich, Hauptstelle
**Kammer für Ärztinnen und Ärzte
Wien**

Wien, 20. Februar 2026

Kapitel
01

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Kapitel
02

Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung

Kapitel
03

Herausforderungen in der Begutachtung von PAIS

Kapitel
04

Wie kommen wir da wieder raus?

Kapitel 01

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Aufgabenstellung

Der ärztliche Gutachter **erhebt medizinische Befunde** und **bewertet auf der Basis medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis** und unter Berücksichtigung ärztlichen Erfahrungswissens, in Verbindung mit dem Aktenstudium.

Er liefert die Entscheidungsgrundlage, auf welcher der Auftraggeber über die Anwendbarkeit von Rechtsvorschriften entscheidet („Gehilfe“ bzw. fachkundiger Berater).

→ Wesentlich ist die für Dritte nachvollziehbare, in sich schlüssige Herleitung der gutachterlichen Bewertung!

§ 55 Ärztegesetz

Ein Arzt darf ärztliche Zeugnisse nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Zeugnis zu bestätigenden Tatsachen nach seinem besten Wissen und Gewissen ausstellen.

→ **Ärztliche Untersuchung ist unabdingbar!** (Ausgenommen sind reine Aktengutachten)

§ 2 Abs. 3 Ärztegesetz

Jeder zur selbständigen Ausübung des Berufes berechnigte Arzt ist befugt, ärztliche Zeugnisse auszustellen und ärztliche Gutachten zu erstatten.

- Sozialmedizinische Begutachtung für die SVT: mehrjährige Berufserfahrung und ÖBAK-Zertifikat.
- Sachverständigentätigkeit für Gerichte: Regelung in § 2 Sachverständigen- und Dolmetschergesetz (5jährige Erfahrung; Zertifizierung bei zuständigem Gericht).

Neutralität, Objektivität, Unparteilichkeit

sowohl gegenüber der untersuchten Person als auch dem Auftraggeber.

Begutachtung durch Behandler birgt immer die Gefahr der fehlenden Objektivität und Befangenheit.

Gründe, die volle Unbefangenheit des Sachverständigen in Zweifel zu ziehen, liegen etwa dann vor, wenn der Sachverständige mit einer Partei oder einem Beteiligten verwandtschaftliche, engere freundschaftliche oder enge geschäftliche Beziehungen hat, wenn mit einer Partei oder einem Beteiligten ein Streit besteht oder bestanden hat oder wenn der Sachverständige bereits früher mit der Angelegenheit in irgendeiner Weise befasst war (z.B. als Privatgutachter für eine Partei oder einen Beteiligten).

Quelle: www.gerichts-sv.at

Beschwerdenvalidierung

oder **Konsistenzprüfung** ist eine der wichtigsten Aufgaben der Begutachtung.

Simulation/Dissimulation (vs. dissoziative, somatoforme und artifizielle Störungen)

Aggravation (bewusstseinsnah und –fern)

Base rates of malingering and symptom exaggeration, Mittenberg et al., J Clin Exp Neuropsych, 2002:

Diagnose	Häufigkeit nicht authentischer neuropsycholog. Ergebnisse
Leichtes Schädel-Hirn-Trauma	39%
Fibromyalgie/CFS	35%
Chronischer Schmerz	31%
Neurotoxische Zustände	27%
Stromverletzungen	22%

Abgrenzung von der „Behandlerrolle“

Rollenwechsel von der **Arzt-Patient-Beziehung** zur andersartigen **Gutachter-Probanden-Beziehung**!

Die Rolle des Gutachters unterscheidet sich grundsätzlich von der Rolle des Behandlers: der letztere schenkt in der Regel den Angaben des Patienten Glauben, soll empathisch sein und immer im Interesse des Patienten handeln („Fürsorgeprinzip“). Das führt unweigerlich zur verzerrten Sichtweise.

Häufigkeit von Verzerrungen auf Behandlerseite liegt zwischen **40-70%** lt. *Merten et al., 2019, Prevalence of overreporting on symptom validity tests in a large sample of psychosomatic rehabilitation inpatients, The Clinical Neuropsychologist, DOI: 10.1080/13854046.2019.1694073*).

Behandlung	Begutachtung
Patient wünscht Beschwerdenlinderung	Proband wünscht Entschädigung
Verständnis für die Probleme des Patienten	Verstehen psychodynamischer Zusammenhänge
Behandlung als ärztliche Aufgabe	Beweisführung als ärztliche Aufgabe

Quelle: Neurowissenschaftliche Begutachtung, Widder, Thieme 2017

Fortbildungsverpflichtung

im Hinblick auf die medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnis gilt für Gutachter*innen gleichermaßen wie für alle anderen Ärzt*innen.

Eine „krankheitsspezifische“ Fortbildungsverpflichtung besteht nicht und wäre nicht sinnvoll:

→ MS behandelt FA für Neurologie (und nicht ausschließlich ein „MS-Spezialist“)

Schizophrenie behandelt FA für Psychiatrie (und nicht ausschließlich ein „Schizophrenie-Spezialist“)

Gutachter*innen müssen jedoch immer prüfen, ob sie zur Beurteilung der vom Auftraggeber gestellten Fragen fachlich imstande sind – sonst müssen sie den Auftrag zurückgeben bzw. auf weitere Gutachten verweisen.

Bezugnahme auf die „Lehrmeinung“

Darunter sind *allgemein als gesichert geltende, zumindest jedoch als wahrscheinlich gesichert geltende medizinische Erkenntnisse*, zu verstehen (Stand der Wissenschaft/Forschung).

Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (unter Berücksichtigung der „S-Klassifikation“ – S1-Handlungsempfehlungen sind für die Begutachtung bereits problematisch)

Lehrbücher allgemein anerkannter Experten in wissenschaftlich ausgewiesenen Verlagen („Standardwerke“)

Einzelne Studien und **Reviews** sind für die Begutachtung in der Regel nicht geeignet.

Abweichungen von der Lehrmeinung müssen im Gutachten dokumentiert und argumentiert werden.

Medizinische Begutachtung

Fehlerquellen

Gleichsetzung von Diagnose und Funktionsstörung

Die Diagnose sagt i.d.R. nichts über die Leistungsfähigkeit aus!

Überschreiten der eigenen Kompetenz

Fachüberschreitung bei der Gutachtenerstellung kann haftungsrechtlich relevant sein!

Behandlung subjektiver Angaben als Tatsachen

Trennung zwischen der Beschwerden- und der Befundebene notwendig.

Kapitel 02

Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung

Begutachtung nach Bundespflegegeldgesetz

Aufgabe: Feststellung des Ausmaßes des Pflege-, Betreuungs- und Hilfsbedarfs wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung nach konkreten Vorgaben des Gesetzes und der Einstufungsverordnung des BM (funktionsbezogene Einstufung).

Die Behinderung hält **voraussichtlich mindestens 6 Monate** an.

Pflegegeld soll „in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen **pauschaliert** abgelten,...“

Diagnosebezogene Einstufung bei

hochgradiger Sehbehinderung/Blindheit/Taubblindheit

Rollstuhlbenützung auf Grund einer *Querschnittslähmung, einer beidseitigen Beinamputation, einer genetischen Muskeldystrophie, einer Encephalitis disseminata oder einer infantilen Zerebralparese*

Begutachtung in Fällen der geminderten Arbeitsfähigkeit (ASVG)

Aufgabe: Feststellung der konkreten physischen und/oder psychischen Leistungsfähigkeit (Leistungskalkül).

Auf Grund des Leistungskalküls und der berufskundlichen Beurteilung (Berufsschutz, Tätigkeitsschutz) erfolgt die Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit.

§ 255. War der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes **auf weniger als die Hälfte** derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist.

Invalidität Arbeiter

(3) War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne der Abs. 1 und 2 tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, **wenigstens die Hälfte des Entgeltes** zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.

Invalidität ungelernter Arbeiter

§ 273. (1) Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes **auf weniger als die Hälfte** derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Berufsunfähigkeit Angestellter

Begutachtung in Fällen der geminderten Arbeitsfähigkeit (ASVG)

Aufgabe: Feststellung der konkreten physischen und/oder psychischen Leistungsfähigkeit (Leistungskalkül).

Auf Grund des Leistungskalküls und der berufskundlichen Beurteilung (Berufsschutz, Tätigkeitsschutz) erfolgt die Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit.

- Leistungskalkül bezieht sich immer auf die Hälfte jener Leistungsfähigkeit einer gesunden Person, also 20 Wochenstunden/4 Stunden am Tag.
- Berufsunfähigkeit ist nicht gleich Arbeitsunfähigkeit (Verweisbarkeit).
- Die Minderung der Leistungsfähigkeit besteht voraussichtlich für mindesten 6 Monate, unter der Annahme einer zumutbaren Behandlung.

Nachweis einer wesentlichen Besserung

ist sowohl im ASVG als auch im Bundespflegegeldgesetz verankert.

Nur wenn eine solche bei der Wiederbegutachtung vom SVT nachgewiesen werden kann (Beweislast), ist ein Entzug der Leistung möglich (bei Erstgewährung liegt die Beweislast beim Antragsteller.)

Wenn eine Besserung nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist, gebührt Rehabilitationsgeld.

- Berechnung erfolgt analog zum Krankengeld (i.d.R. 60% der Bemessungsgrundlage), währenddessen die Pension beitragsorientiert ist.
- Besserung führt zu Entziehung (= Verlust der Leistung).
- Es besteht keine Befristung.

Wenn der Leistungsbezug sich im Nachhinein als ungerechtfertigt herausstellt, liegt das Risiko beim SVT („Rechtssicherheit vor Rechtsrichtigkeit“).

Begutachtung im Auftrag der Sozialversicherungsträger

durch angestellte und freiberuflich tätige Gutachter*innen, jedoch ohne fachlich-inhaltliche Vorgaben seitens der SVT!

Begutachtung im Auftrag der Arbeits- und Sozialgerichte

durch gerichtlich zertifizierte Sachverständige.

Die Überprüfung der SVT-Entscheidungen ist für die Antragsteller*innen **ohne jegliches Kostenrisiko** möglich!

Kapitel 03

Herausforderungen in der
Begutachtung von PAIS

Hard facts

Epidemiologische Daten unsicher

durch heterogene Populationen, inadäquate Kontrollgruppen, erschwerte Objektivierung der Symptome

Wissenschaftliche Evidenz (noch) unklar

trotz hoher Zahl an wissenschaftlichen Publikationen heterogener Qualität

Beschwerdebild umfasst eine Vielzahl an Symptomen

mit Überschneidungen mit vielen anderen Krankheitsbildern sowie Schwierigkeiten bei Quantifizierung

Diagnosestellung noch (weitgehend) anhand von klinischen Kriterien

CCC und IOM-Kriterien, Graduierung mit Bell-Score

v.a. was PEM betrifft, mittels PROMs

Kardinalsymptom PEM äußerst vielgestaltig

Fatigue, Schmerzen, grippeartige, kognitive Störungen...

Fehlen von praxistauglichen Biomarker(n)

v.a. für kognitive/neuropsychologische Symptome („Brainfog“) sowie Geräusch, Emotionen...)

Fehlen von evidenzbasierten, zugelassenen Therapien

bei vielgestaltigem off label Therapieangebot, welches jedoch schwer

Dissens in der wissenschaftlichen Community

s. Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie <https://forschungstand-bei-me-cfs> sowie Diskussionen in den Leitlinienkommissionen

Zum aktuellen Forschungsstand bei ME/CFS

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)*

22. Juli 2025



Die Myalgische Enzephalomyelitis / das Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) erfährt aktuell eine besondere politische und mediale Beachtung. Es handelt sich um eine komplexe chronische Erkrankung mit vielgestaltiger Symptomatik, bei der die Diagnostik und Therapie schwierig sind, da Krankheitsmarker oder etablierte Behandlungen fehlen.

Fachleute schätzen die Erkrankung bislang uneinheitlich ein: Während ME/CFS von einigen als dramatisch unterdiagnostiziert oder vernachlässigt angesehen wird, stellen andere es als primär somatisch bedingte Erkrankung in Frage. Das Thema ist für die Neurologie besonders relevant, da viele Betroffene hier Rat suchen, und erfährt bei der DGN eine wissenschaftlich geprägte hohe Beachtung. Aus neurologischer Sicht ist es problematisch, dass mit dem Begriff der „Enzephalomyelitis“ eine Entzündung des Gehirns und Rückenmarks postuliert wird, die in aller Regel bei „ME/CFS“ nicht nachweisbar ist. Da es neben der potenziellen Heilung und Linderung von Beschwerden auch um den Schutz der Erkrankten geht, sollte abwägend und evidenzbasiert vorgegangen werden, um nicht unwissenschaftliche Diagnostik und Therapien zu unterstützen, die Betroffene gefährden könnten.

Die wichtigsten Argumente sind dabei:

- In den letzten fünf Jahrzehnten ist es nicht gelungen, ME/CFS mit Biomarkern wie Blut oder Liquortests oder in der Bildgebung des Gehirns (v. a. MRT) zu identifizieren.
- Bei dem Leitsymptom der Symptomverschlechterung nach Anstrengung (Post-exertional Malaise (PEM)) gibt es viele Befunde zu Gruppenunterschieden zwischen ME/CFS Betroffenen und gesunden Kontrollen; trotzdem bleiben die genauen biologischen Ursachen/Mechanismen der Symptomatik unklar.
- Es handelt sich um ein vielgestaltiges, nur schwer einzugrenzendes Beschwerdebild, das teilweise anatomisch und physiologisch nicht erklärbare Formen annimmt. Es überlappt mit zahlreichen Erkrankungsphänomenen aus der Inneren Medizin, Rheumatologie, Endokrinologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Infektiologie.
- Die vorliegenden Studien zur Häufigkeit von ME/CFS haben oft große methodische Schwierigkeiten, u.a. heterogene Populationen, inadäquate Kontrollgruppen, erschwerte Objektivierung der Symptome. Dasselbe gilt für Risikofaktoren (z.B. vorbestehende psychiatrische Erkrankungen). Diese methodischen Schwierigkeiten sind eine

Leitlinien (noch) auf niedriger Evidenzstufe

Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19, Rabadý et al., Wien Klin Wochenschr (2023) 135 (Suppl 4):S525–S598

S1-Leitlinie „Long/Post-Covid“, Koczilla et al., AWMF Leitlinien-Register, in Überarbeitung

S3-Leitlinie Müdigkeit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 2022, AWMF Leitlinien-Register

Eigener Kapitel „5.7 Myalgische Enzephalomyelitis (oder Enzephalopathie)/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS)“

Sondervotum DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin), DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie), DGIM (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin), DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) zu ME/CFS...

die Situation der Betroffenen angepasste, Intervention mit anekdotischer Evidenz. Darüber hinaus beschreiben Flottorp et al. (nach der Konsensfindung) : „dass polemische Interaktionen zu einer Schlacht innerhalb des Leitlinienkomitees wurden, dass drei Mitglieder von der Leitlinienentwicklung zurücktraten und die verbliebenen Mitglieder die Bedenken von führenden medizinischen Fachgesellschaften nicht akzeptierten“.

Leitlinien (noch) auf niedriger Evidenzstufe

Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19, Rabady et al., Wien Klin Wochenschr (2023) 135 (Suppl 4):S525–S598

S1-Leitlinie „Long/Post-Covid“, Koczulla et al., AWMF Leitlinien-Register, in Überarbeitung

S3-Leitlinie Müdigkeit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 2022, AWMF Leitlinien-Register

Neurologische Manifestationen bei COVID-19, S2k-Leitlinie, 2024, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 19.2.2026)

S2k-Leitlinie COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V., 2023, AWMF Leitlinien-Register

Leitlinien für Begutachtung auch nicht sehr hilfreich

Empfehlungen für die Begutachtung von Post Covid, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), 2025

Begutachtung bei Fatigue-Symptomen, Widder und DGPPR

Leitlinien zur neurologisch-psychiatrischen Begutachtung, Wohlgenannt et al., Das ärztliche Gutachten 202

Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des

Post-exertional Malaise (PEM)

Hierunter wird eine mit einer Latenz von Stunden bis Tagen auftretende Symptomexazerbation nach bereits geringfügiger körperlicher und/oder geistiger Anstrengung verstanden, die naturgemäß im Rahmen einer einmaligen gutachtlichen Untersuchung nicht zuverlässig beurteilbar ist. Bei derartigen Fragestellungen muss daher, falls keine eindeutige Aktenlage mit Ausschluss einer solchen Belastungsinsuffizienz vorliegt, gegebenenfalls eine mehrtägige Längsschnittbeobachtung durch geschultes medizinisches Personal im stationären Rahmen in Erwägung gezogen werden, gegebenenfalls auch mit Einsatz einer standardisierten „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit“ (EFL). Eine Objektivierung einer PEM-Symptomatik durch Biomarker ist aktuell nicht möglich.

3, DGN, DGPPN, DGPM

Symptomen,

arzt 2022 · 93:804–811

Begutachtung

Unterscheidung zwischen

Fatigue als Zustand (**subjektiv**) und

Fatigability als Prozess (**messbar/beobachtbar**)

Kognitive Fatigability → neuropsychologische Testung(en)

Im zeitlichen Verlauf nötig, um eine Verschlechterung zu objektivieren (**reliabel, zeitaufwendig, belastend**)

Motorische Fatigability → keine standardisierten Tests

Handkraftmessung? (**erfordert optimale Mitarbeit, im gutachterlichen Kontext daher nicht reliabel**)

CPET 2x im Abstand von 1-3 Tagen (**reliabel, aber belastend**)

Laktatmessung? (**wir hoffen auf die Evidenz**)

Muskelbiopsie (vor und nach Belastung) (**reliabel, aber nicht praktikabel, belastend**)

Begutachtung

Vorhandene Biomarker für die Begutachtung nicht geeignet (eher für die individuelle Abklärung im Einzelfall)

PROMs für die Begutachtung nicht geeignet, da subjektiv (sehr wohl für Screening, Abklärung und Verlaufsbeobachtung)

Fatigue (Chalder fatigue questionnaire CFQ, Fatigue severity scale FSS, Fatigue impact scale FIS, Checklist individual strength CIS, Fatigue assesment instrument FAI, Visual analog scale for fatigue VAS-F...)

PEM (DePaul symptom questionnaire-PEM subscale DSQ-PEM, Functional capacity scale FUNCAP)

Kognition (Montreal cognitive assessment MoCA, Cognitive failures questionnaire CFQ-25, Everyday memory questionnaire EMQ)

Vegetativum (Composite autonomic symptom score-31 COMPASS-31, Orthostatic grading scale OGS)

Vegetativum

Kipptisch (POTS, orthostatic intolerance, **reliabel**, **nicht krankheitsspezifisch**)

NASA lean test NLT (**reliabel**, jedoch geringere Sensitivität und Spezifität; Selbsttestung für die Begutachtung nicht geeignet, sehr wohl für Screening, Abklärung und Verlaufskontrollen; **nicht krankheitsspezifisch**)

Hautbiopsie (SFN, **reliabel**, **nicht krankheitsspezifisch**)

Quantitative sensorische Messung QST (SFN, **semiobjektiv**)

Quantitativer sudomotorischer Axonreflex-Test QSART (SFN, **reliabel**, **kein Routineverfahren**)

Begutachtung

PEM

Verzögertes Auftreten und unterschiedliche Dauer (im Rahmen der Begutachtung **beinahe nie erfassbar**, sondern in der Regel **subjektiv berichtet**)

Im gutachterlichen Kontext **kaum objektivierbar**, v.a. wenn verzögert auftretend

Langzeitbeobachtung erforderlich (Begutachtung über mehrere Tage)

Auslöser mannigfaltig („Alles kann PEM auslösen.“), **Falsifizierung unmöglich**.

MCAS

wird häufig als Komorbidität oder Teilsymptom von ME/CFS beschrieben
allerdings ist die Nomenklatur unscharf (oft sind Symptome einer erhöhten Mastzellaktivität gemeint)
muss im gutachterlichen Kontext gesondert beurteilt werden

hEDS

wird häufig als Komorbidität oder Teilsymptom von ME/CFS beschrieben
eine der 13 Unterformen des EDS mit vmtl. genetischem Hintergrund
klare diagnostische objektivierbare Kriterien (z.B. *Clinical diagnostic criteria for hEDS, The Ehlers-Danlos SocietyTM*)

Schwerstbetroffene Fälle

Bettlägerig, hausgebunden, reizabgeschirmt

Absolut belastungsintolerant, so dass nur Hausbesuche möglich sind

Eine Statuserhebung wird zumeist abgelehnt, oft wird jeglicher Kontakt verweigert

Oft nur Fremdanamnese vorhanden

In beinahe allen Fällen keine ausreichende differentialdiagnostische Abklärung vorhanden, z.B. im stationären Bereich

Oft lediglich telemedizinische Unterlagen

Begutachtung

als „Feindbild“ in der Öffentlichkeit...

„fehlende Expertise“

„fehlende Empathie“

„Voreingenommenheit“

„Schieben in die *Psycho-Ecke*“

„Anzweifeln der Existenz der Krankheit“

„Verantwortung für tragische Schicksale“

Beschimpfungen und Bedrohungen der Gutachter*innen (v.a. in den sozialen Medien)

...

Begutachtung

... in der Sackgasse...

Keine Objektivierung

→ keine Konsistenzprüfung

→ kein Nachweis einer wesentlichen Besserung möglich

Begutachtung würde zu einer Verschlechterung führen (welche nicht objektivierbar ist) (?)

Keine Versorgungsstrukturen, auf welche verwiesen werden kann (?)

Keine evidenzbasierte Therapie, welche eingefordert werden kann (?)

Keine Rehabilitationsfähigkeit (?)

Kontraintuitives Krankheitsbild

Keine Gutachter*innen, die die Begutachtungen machen wollen...

Begutachtung

... hat jedenfalls nicht zur Aufgabe eine

Abklärung

Behandlung

Versorgung

...ist für das gerechte Funktionieren des gemeinschaftlichen Systems der sozialen Absicherung unabdingbar (Gelder der Versichertengemeinschaft)!

...kann und darf ausschließlich objektiv sein, sonst braucht man sie nicht!

Kapitel 04

Wie kommen wir da wieder heraus?

Wie kommen wir da wieder heraus?

Schaffung der Evidenz hat Vorrang!

Sehr guter Ansatz: Nationale Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen mit 500 Mio. Forschungsfinanzierung in Deutschland!

Schaffung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem hat Vorrang!

... damit ambulante und stationäre Abklärung und symptomatische Behandlung, insbesondere von ganz schweren Fällen, möglich ist

Schaffung von Sonderregelung seitens der Politik als Zwischenlösung denkbar

... um soziale Absicherung zu gewährleisten und Härtefälle zu vermeiden (z.B. diagnosebezogene Einstufung bei Pflegegeld oder GdB; Anpassung der gesetzlichen Regelung bei Rehabilitationsgeld) (Privatmeinung MK)

Versachlichung der Diskussion

um eines der sicherlich großzügigsten Systeme der sozialen Absicherung nicht zu gefährden...

Wie kommen wir da wieder heraus?

Bis dahin...

Förderung des Austauschs, um Verständnis für gegenseitige Standpunkte zu erhöhen

Allseitige Akzeptanz, dass wiss. Evidenzlage (noch) keine abschließende Beurteilung aller einzelnen Aspekte erlaubt

Versachlichung des wissenschaftlichen Diskurses

Begutachtung nach Augenmaß und ohne „ideologische Scheuklappen“

Individuelle Herangehensweise und Berücksichtigung aller Beschwerden unter der Maßgabe der Konsistenzprüfung und Plausibilisierung

Allgemeine Akzeptanz, dass die Begutachtung nicht immer das erwünschte Ergebnis liefern kann (sonst wäre sie ja hinfällig...)

Standardwerk

Neurowissenschaftliche Begutachtung, Gutachten in Neurologie und nicht-forensischer Psychiatrie, Hrsg. Von B. Widder und P.W. Gaidzik, 3. Auflage, Thieme

AWMF Online



Danke

für Ihr Interesse!