

Begutachtung nach einer COVID-19-Infektion

Aktueller Stand und Herausforderungen

Gordon Krahl & Nadine Koller

Zusammenfassung: Die Begutachtung eines Post-COVID-Syndroms ist eine komplexe, in der Regel interdisziplinäre Aufgabe, für die es keine eigenen neuropsychologischen Empfehlungen gibt, sodass man auf neurologische Richtlinien und einzelne neuropsychologische Veröffentlichungen zurückgreifen muss. Es besteht eine sich dynamisch entwickelnde Forschungslage, was Empfehlungen zur Begutachtung in ihrer Aussagekraft zeitlich limitiert. Die aktuell veröffentlichten Empfehlungen zur Begutachtung stellen einen eher strengen Maßstab der Beurteilung dar – demgegenüber kann häufig ein sehr hoher Leidensdruck aufseiten der Patient*innen bestehen. Dieses Spannungsfeld verlangt von Gutachter*innen, unabhängig vom Ergebnis der Begutachtung, sprachlich das Leid der Betroffenen zu würdigen, um Kränkungerfahrungen derselben zu verringern.

Einleitung

Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie im Dezember 2019 rücken daraus resultierende Langzeitfolgen in den Mittelpunkt sozialrechtlicher Betrachtungen. Finale Fragestellungen, die die Auswirkungen der Erkrankung auf die Leistungsfähigkeit erfassen, werden z. B. bei der Rentenversicherung oder dem Versorgungsamt begutachtet. Hier geht es nicht um die Frage, ob die COVID-19-Erkrankung zentral diese Beschwerden hervorruft, sondern es geht um die generelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit. In diesem Fall kann also die Post-COVID-Symptomatik eine von vielen Diagnosen sein, die eine beantragte Leistung (in der Regel Rentenzahlungen oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen) begründen können. Ein guter Überblick findet sich bei *Feuerpeil und Tornius-Weber (2025)*¹. Bei kausalen Begutachtungen, z. B. für die gesetzliche Unfallversicherung, werden in der Regel nur die Folgen der Post-COVID-Symptomatik als Grundlage für eine Leistungsgewährung (Therapie, berufliche Rehabilitation und/oder Rentenzahlungen) beachtet. Ein Überblick findet sich bei *Krahl und Ackermann (2025)* und für die Kausalitätsabklärung bei *Krahl (2025)*. Auch bei privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen, bei der Arbeitsagentur oder der Krankenkasse können entsprechende Begutachtungen beauftragt werden. Hierzu findet sich bei *Dohrenbusch (2025)* eine Beschreibung der wesentlichen Aufgabenfelder psychologischer Begutachtung sowie eine Übersicht über den Aufbau einer Begutachtung, den Ablauf und die möglichen rechtlichen Aspekte. Das Autorenteam des vorliegenden Beitrags untersucht im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und im Rahmen privater Versiche-

rungen (z. B. Berufsunfähigkeit) regelhaft Fragestellungen, bei denen die Diagnose eines Post-COVID-Syndroms zu diskutieren ist. Die Abklärung dieser Diagnose ist eine multiprofessionelle Aufgabe, die durch eine sich schnell entwickelnde Forschungslage, durch mannigfaltige Differentialdiagnosen und durch eine anhaltende gesellschaftliche Diskussion geprägt ist. Dem Anspruch einer evidenzbasierten Auseinandersetzung kann man nur gerecht werden, wenn man sich strikt an den veröffentlichten Empfehlungen, an den Vorgaben der Fachgesellschaften zur Begutachtung und an der wissenschaftlichen Konsensbildung orientiert. Eine Abweichung von diesen Vorgaben würde eher eine eminenzbasierte Begutachtung fördern und damit zu großen Unterschieden in der Beurteilung führen. Dieser Artikel zielt darauf ab, einen ersten Überblick über die Rahmenbedingungen der Begutachtungen speziell nach erfolgter COVID-19-Infektion zu geben und damit verbundene Herausforderungen herauszuarbeiten. Gerade für Psychotherapeut*innen, die nicht regelhaft mit Begutachtungsfragen betraut sind, soll der Beitrag einen ersten Einblick in die Fragestellungen, die diagnostischen und rechtlichen Standards und vor allem in die Zielsetzung einer Begutachtung ermöglichen. Zumeist steht eine diagnostisch-klassifikatorische Fragestellung im Vordergrund, weniger eine therapeutische. Dies führt dazu, dass das Rollenbild einschließlich der Aufgabenstellung von Gutachter*innen von Rollenbild und Aufgabenstellung der Psychotherapeut*innen abweicht, was zu unterschiedlichen Sichtweisen zwischen den Kolleg*innen führen kann. Wichtig ist, dass man sich dies im Umgang mit den betreffenden Patient*innen bewusst macht, damit aus den mitunter gegensätzlichen Perspektiven keine Spaltung innerhalb der Profession resultiert.

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie die bibliografischen Angaben im vollständigen Literaturverzeichnis auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Definition

Post-COVID-Syndrom

Zur Beschreibung der möglichen Folgen einer COVID-19-Infektion gibt es verschiedene Begrifflichkeiten. Laut der S1-Leitlinie zu eben jenem Erkrankungsbild spricht man – gemäß den internationalen Standards einschließlich der WHO-Vorgaben – von einer *akuten* COVID-19-Symptomatik bei Symptomen, die bis zu vier Wochen vorliegen (Koczulla et al., 2021). Dauern Symptome länger als vier Wochen an oder entwickeln sich neue Symptome, spricht man von Long-COVID. Symptome, die über zwölf Wochen hinweg bestehen und bei welchen Alternativdiagnosen ausgeschlossen werden konnten, werden als Post-COVID bezeichnet. Trotz dieser Unterscheidungskriterien werden die Begrifflichkeiten im alltäglichen Sprachgebrauch oft synonym verwendet (Tegenthoff et al., 2022).

Die Symptomatik bei einem Post-COVID-Syndrom kann von Person zu Person sehr unterschiedlich aussehen. Sehr häufig berichtete Symptome sind gemäß der S1-Leitlinie „Long-/Post-COVID“ (Koczulla et al., 2021) beispielsweise Fatigue, Dyspnoe, wiederkehrende Kopfschmerzen oder auch Geruchs- und Geschmacksstörungen. Häufige Symptome stellen u. a. Schmerzen, Schlafstörungen, Husten und Kurzatmigkeit dar. Diese Symptome können insbesondere nach akuten Belastungsphasen in ihrem Ausmaß zunehmen, was als Post-exertionelle Malaise (PEM) bekannt ist. Weiterhin beklagen Betroffene häufig psychische Beschwerden, wie depressive Verstimmungen oder Angst. Auch Posttraumatische Belastungsstörungen können auftreten. Zudem werden häufig kognitive Störungen berichtet, wie etwa Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen oder auch der Wortflüssigkeit (Vossler-Thies et al., 2025). Darüber hinaus werden in seltenen Fällen Symptome wie Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, Schwindel, Hörstörungen, Palpitationen oder auch Tachykardie beschrieben (Koczulla et al., 2021). Neben diesen Symptomen werden in der Literatur weitere Beschwerden aufgeführt, auf die an dieser Stelle nur verwiesen werden kann (z. B. Tegenthoff et al., 2022; Zeng et al., 2023).

Validierungsdiagnostik

Sowohl in der Begutachtung als auch im Rahmen aktueller Studien werden Verfahren eingesetzt, welche der Leistungsvalidierung dienen. Diese haben den Zweck, klinisch bedingte Leistungsdefizite von solchen abzugrenzen, welche aufgrund von mangelnder Anstrengungsbereitschaft zustande kommen. In letzterem Fall wird im Begutachtungswesen von negativen Antwortverzerrungen gesprochen. In einer aktuellen Studie von Vossler-Thies et al. (2025) wurden Leistungsvalidierungstests eingesetzt, um kognitive Defizite als Langzeitfolge nach einer COVID-19-Infektion zu untersuchen. Die Autor*innen konnten zeigen, dass bei 38,2 % der Stichprobe Auffälligkeiten in den Ergebnissen eben jener

Verfahren auftraten und diese Auffälligkeiten mit bedeutsam schlechteren Testleistungen einhergingen, verglichen mit den Patient*innen, welche keine Auffälligkeiten in den Ergebnissen der Leistungsvalidierungstests zeigten. Dies verdeutlicht die Bedeutsamkeit der Verwendung solcher Testverfahren, insbesondere wenn es um gutachterliche Stellungnahmen geht.

Wichtig ist in diesem Kontext, dass das Auftreten von negativen Antwortverzerrungen nicht mit Begriffen wie Aggravation oder gar Simulation gleichgesetzt wird. Eine negative Antwortverzerrung beschreibt eine überhöhende verzerrte Darstellung von Beschwerden, unabhängig von der dahinterstehenden Motivation und dem Bewusstseinsgrad dieser Verzerrung. Erst im Rahmen einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung kann eine wertende Einordnung der negativen Antwortverzerrungen vorgenommen werden, häufig gelingt es aber auch nicht, die Ursache eindeutig zu klären. Positive Antwortverzerrungen meinen eine weniger starke Darstellung von Beschwerden, als sie es tatsächlich sind, auch hier ist die Motivationslage unklar und muss im Rahmen einer umfassenden Prüfung geklärt werden.

Theorie

Zur Entstehung des Post-COVID-Syndroms gibt es verschiedene Erklärungsansätze; bislang werden diese als Hypothesen angesehen und stellen noch keine allgemeingültige Pathogenese dar (Koczulla et al., 2025). Neben somatischen Einflüssen werden auch psychologische Faktoren diskutiert, die einen Einfluss auf die Post-COVID-Symptomatik haben könnten. Kupferschmitt und Kolleg*innen (2025) weisen in diesem Kontext auf die Gefahren eines dualistischen Denkens hin, welches eine „Entweder-oder“-Denkweise hinsichtlich somatischer vs. psychologischer Entstehungstheorien darstellen würde. Demzufolge werden der Komplexität und Heterogenität des Post-COVID-Syndroms sowie seiner unterschiedlichsten Verlaufsformen am ehesten Modelle gerecht, welche bio-psycho-soziale Wechselwirkungen berücksichtigen. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung isolierter somatischer oder psychologischer Theorien verzichtet. Weiterhin stellt insbesondere für psychotherapeutische Kolleg*innen, welche mit an Post-COVID erkrankten Patient*innen zu tun haben, ein Modell dieser Art eine gute Grundlage dar, um Behandlungsmöglichkeiten und Interventionen abzuleiten. Gleichzeitig sei darauf hinzuweisen, dass jede*r Patient*in in seiner*ihrer Individualität zu sehen ist und ein Modell niemals auf alle Patient*innen gleichermaßen angewandt werden kann.

Um das Zusammenwirken verschiedener somatischer, psychologischer und sozialer Faktoren zu veranschaulichen, wird von uns das Arbeitsmodell von Henningsen und Köllner (2023) herangezogen (siehe Abbildung). Die Autoren greifen verschiedene somatische Vorgänge auf, welche potenziell durch eine COVID-19-Infektion in Gang gesetzt werden könn-

Eines der ersten Autorenteam mit Vorschlägen für die Begutachtung waren *Dressing und Meyer-Lindenberg (2021)*, gefolgt von *Tegenthoff et al. (2022)*, dann *Eyfferth et al. (2023)* und schließlich die Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Begutachtung (DGUV, 2025), welche aktuell die umfassendsten Empfehlungen darstellen. Der Arbeitskreis zur Begutachtung der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) kommentierte 2024 die wichtigsten bis dahin veröffentlichten Empfehlungen zur Begutachtung (*Krahl et al., 2024*).

Fragestellungen und Rahmenbedingungen von Begutachtungen

Je nach Auftraggeber*in unterscheidet sich die Fragestellung der Begutachtung. Bei finalen Gutachtaufträgen (z. B. Rentenversicherung) ist die Fragestellung meist allgemeiner und stark auf die Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit fokussiert, bei kausalen Gutachtaufträgen (z. B. gesetzliche Unfallversicherung) ist der Aufwand größer, da hier der entscheidende Punkt ist, ob eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auf eine Erkrankung (Berufskrankheit) oder ein Unfallereignis bezogen werden kann. Im Fall von Post-COVID-Begutachtungen können diese sowohl als Berufskrankheit als auch als Arbeitsunfall anerkannt worden sein. Auch gibt es unterschiedliche rechtliche Rahmen-

— Der Komplexität und Heterogenität des Post-COVID-Syndroms sowie seiner unterschiedlichsten Verlaufsformen werden am ehesten Modelle gerecht, welche bio-psycho-soziale Wechselwirkungen berücksichtigen.

bedingungen, Beweismaßstäbe und Vorschläge zur Einschätzung einer Beeinträchtigung, hier darf auf die oben aufgeführte weiterführende Literatur verwiesen werden. Darüber hinaus sollen im Allgemeinen Fragen nach der Prognose, Therapie und letztlich dem Einschränkungsgang beantwortet werden. Der jeweilige Einschränkungsgang ist unterschiedlich definiert. Bei der gesetzlichen Unfallversicherung ist so die Einschränkung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beurteilen, demgegenüber ist z. B. bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung zu beurteilen, zu welchem Prozentsatz die berufliche Leistungsfähigkeit in einem konkreten Beruf eingeschränkt ist und wie lange diese Beeinträchtigung bestehen wird. So gilt für jeden Auftraggeber ein bestimmter Bezugsrahmen, der der Einschätzung zugrunde zu legen ist.

Meist finden keine isolierten psychologischen oder neuropsychologischen Begutachtungen statt, sondern es können mehrere Fachbereiche involviert sein, häufig das pneumologische, kardiologische und neurologische Fachgebiet. Wichtig bei interdisziplinären Begutachtungen ist, dass ein Fachgebiet federführend den „Gesamtschaden“ beurteilt; dies hängt meist von dem Fokus der Beschwerdenlage ab, wobei die Entscheidung vom Kostenträger bzw. Auftraggeber der Be-

gutachtung getroffen wird. In einigen Fällen können auch die neuropsychologisch oder psychotherapeutisch Begutachtenden federführend sein, etwa wenn der Hauptbeschwerdekern die kognitiven Defizite sind oder eine psychische Diagnose wie eine PTBS. Bei interdisziplinären Begutachtungen ist eine effiziente Kommunikation zwischen den Gutachter*innen notwendig, da es Überschneidungen in der Beurteilung geben kann. Zum Beispiel könnte eine Fatigue-Symptomatik von Kardiolog*innen, Pneumolog*innen, Neurolog*innen, Psycholog*innen und Neuropsycholog*innen beurteilt werden. Dies muss dann von dem*der Hauptgutachter*in entsprechend bedacht werden. Im Wesentlichen nimmt der*die psychologische, neuropsychologische oder der*die psychotherapeutische Gutachter*in zu folgenden Beschwerdekomplesen Stellung:

- Fatigue-Symptomatik (vor allem kognitive Fatigability),
- kognitive Störungen,
- psychische Störungen.

Zu beachten bleibt, dass insbesondere bei kausalen Begutachtungsfragen konkurrierende Faktoren immer abgeklärt und ausgeschlossen werden müssen. Dies setzt eine sorgfältige und umfangreiche biografische Befragung und das Heranziehen eines Vorerkrankungsverzeichnisses voraus. Im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung wird ein Vorerkrankungsverzeichnis regelhaft bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (gemäß § 188 SGB VII) angefordert. Hierbei sind nicht nur psychische Diagnosen relevant, sondern auch häufige Krankschreibungen wegen wechselnder leichter Erkrankungen oder andere Auffälligkeiten. Diese sollten dann gezielt erfragt werden.

Zur Frage der Qualifikation der Begutachtenden darf auf *Klöfer und Krahl (2017)* verwiesen werden; in der Regel kommen approbierte Psychotherapeut*innen für die Abklärung psychischer Störungen in Betracht und Neuropsycholog*innen für die Abklärung der kognitiven Defizite und der Fatigue-Symptomatik. Einzelne Auftraggebende erwarten darüber hinaus noch spezifische gutachterliche Weiterbildungen. So bietet z. B. die Gesellschaft für Neuropsychologie die Weiterbildung zum „Neuropsychologischen Gutachter (GNP)“ an. Wesentlich ist, dass der*die Behandelnde nicht gleichzeitig Begutachtende*r im selben Fall sein kann.

Begutachtungsbereiche

Nachfolgend soll auf die einzelnen Syndromkomplexe bei Post-COVID näher eingegangen werden.

Fatigue

Bei einer Fatigue-Symptomatik wird zwischen dem subjektiven Gefühl einer schnellen Ermüdung und „Fatigability“ (nachweis-

bare Minderung der motorischen und/oder kognitiven Leistung) unterschieden (Kluger et al., 2013). Ersteres wird mit Fragebögen, das zweite mit neuropsychologischen Testverfahren oder medizinischen Leistungstests untersucht. Häufig wird eine wiederholte Messung der Alertness-Reaktion (Maß für die Aufmerksamkeitsaktivierung) zu Beginn und am Ende der Untersuchung empfohlen, um durch einen Vergleich der beiden Werte einen Leistungsabfall bei längerer Belastung zu objektivieren. Auch sollten andere Ermüdungszeichen während der Testung, wie etwa zunehmende Wortfindungsstörungen, röter werdende Augen oder zunehmend verlangsamte Motorik beachtet werden und beschreibend in die Bewertung miteinfließen.

Um den Kausalzusammenhang der aktuellen Beschwerden mit der initialen Erkrankung zu prüfen, sind verschiedene Voraussetzungen zu erörtern. Kritisch zu sehen ist die Forderung, dass ein dokumentierter hoher Schweregrad des initialen Infektionsgeschehen vorhanden sein sollte. Hierbei wird in der Regel als leichter initialer Schweregrad eine ambulante, als moderater Verlauf eine stationäre und als schwerer Akutverlauf eine intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit angenommen (DGUV, 2025). Aus der Praxis sind Fälle mit moderatem oder sogar schwerem Verlauf eher selten; der überwiegende Teil der zu Begutachtenden weist einen milden initialen Verlauf auf. Ein ähnliches Problem zeigt sich bei der Beurteilung des Gesamtsymptomverlaufes. Hier wird gefordert, dass ein sogenannter Decrescendo-Verlauf (d. h. eine im Zeitverlauf abnehmende Symptom schwere und -anzahl) auftreten sollte. Dieser Rückgang der Symptomatik bei wiederholter Begutachtung konnte nicht flächendeckend festgestellt werden (Vossler-Thies et al., 2025). Im Einzelfall ist daher zu prüfen, ob eine Stagnation oder sogar eine Zunahme der Symptome durch andere Faktoren nicht doch erklärbar ist, wie z. B. eine parallel entstandene psychosomatische Beschwerdenentwicklung, motivationale Faktoren, die Einnahme der Krankenrolle oder eine andere organmedizinische Erkrankung.

Eine häufige Symptomatik ist die bereits erwähnte Post-exertional Malaise (PEM). Hier beschreiben Untersuchte, dass nach geringfügiger geistiger oder auch körperlicher Anstrengung zeitversetzt (Stunden bis Tage später) eine starke Symptomzunahme eintritt. Dies ist im Rahmen einer einmaligen gutachterlichen Untersuchung über die reinen subjektiven Angaben hinausgehend nicht zu objektivieren. Hier kann ein Videotermin nach der Untersuchung am nächsten oder übernächsten Tag sinnvoll sein, sodass zumindest visuell der Zustand des zu Begutachtenden beurteilt werden kann – besser noch könnte man dies im Rahmen einer stationären Begutachtung erfassen. Eine derart aufwendige Begutachtung ist in der Begutachtungspraxis aber häufig schlecht umsetzbar. Eine organmedizinische Einordnung, z. B. anhand von Biomarkern, ist derzeit nicht möglich. Die motorische Fatigability sollte ggf. in entsprechenden medizinischen Einrichtungen gesondert untersucht werden. Auf jeden Fall erscheint die Beurteilung der Fatigue-Symptomatik ausschließlich anhand von subjektiven Angaben oder Fragebögen nicht ausreichend. Wichtig ist am Ende der Beurteilung eine sorg-

fältige Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung, in die sowohl die Ergebnisse von Beschwerdendvalidierungsverfahren wie auch andere Anhaltspunkte zur Beurteilung der Authentizität der Befunde mit einfließen sollten. Hierauf wird weiter unten nochmal gesondert Bezug genommen.

Kognitive Störungen

Die Genese möglicher kognitiver Störungen kann komplex sein. Möglich wären hirnormale Schädigungen, Folgen psychischer Störungen oder andere organmedizinische Verursachungen (z. B. Folge von Schmerz). Hier ist eine kausale Beurteilung besonders schwierig. Die bildgebende Diagnostik erbringt meist keinen pathologischen Befund, sodass eine Diagnosestellung im Wesentlichen vom Verlauf und der testdiagnostischen Untersuchung abhängt. Der Initialverlauf kann hier sicher auch einen Einfluss haben, aber auch bei mildereren Infektionsgeschehen sind kognitive Defizite im Rahmen eines Post-COVID-Syndroms dokumentiert (van Kessel et al., 2022, Widmann et al., 2023). Für die Kausalitätsbeurteilung erscheint es wesentlich, dass ein zeitnaher Beginn der Defizite nach der Initialerkrankung dokumentiert ist sowie ggf. auffällige neurologische Symptome in der Ersterkrankungsphase.

Um die angegebenen Beschwerden zu objektivieren, bedarf es einer neuropsychologischen Testung. Dabei sollte der*die Gutachter*in sich, wie bereits oben beschrieben, an den Leitlinien zur Begutachtung im neuropsychologischen Bereich (Aschenbrenner et al., in Vorbereitung), an den subjektiven Angaben des*der zu Begutachtenden und an den störungsspezifischen Veröffentlichungen orientieren. Wesentlich erscheint, dass Aussagen zu den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen sowie zu den Exekutivfunktionen und sprachlichen Fähigkeiten getroffen werden. Konkrete Vorschläge für eine Testbatterie können nicht ausgesprochen werden, dies hängt sehr stark von den beklagten Beschwerden, der Eignung einzelner Verfahren für eine Begutachtungsfrage, von Patient*innenvariablen (Alter, Bildung, Sprachfähigkeit) und vom Wissen des*der Gutachter*in über die einzelnen Tests ab. Einen Überblick über mögliche Tests und deren Bewertung findet sich in dem vierbändigen Handbuch neuropsychologischer Testverfahren (Schellig et al., 2009, 2018, 2019, 2023). Genau wie bei der Fatigue-Symptomatik sollte hier auch zur Beschwerdendvalidierung Stellung genommen werden.

Psychische Störungen

Psychische Folgen einer COVID-19-Infektion können unmittelbar, in Form eines psychoreaktiven Störungsbildes (z. B. PTBS) und mittelbar im Sinne einer fehlenden Anpassung auftreten. Hier kann als Orientierung auf die Leitlinien zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (AWMF et al., 2019) sowie auf einschlägige psychologische Publikationen (z. B. Dohrenbusch, 2025) verwiesen werden. Zu beachten ist, dass nur bei schwerem Initialverlauf, z. B. Aufenthalt auf einer Intensivstation, starker Atemnot oder lebensgefährlichem Zustand, eine psychoreaktive Störung diskutierbar erscheint. Sicherlich wäre sie auch zu erwägen, wenn die Konfrontation mit dem Tod belastend erlebt wurde, z. B. bei Beschäftigung

in einem Altersheim, in dem viele Todesfälle auftraten. Davon abzugrenzen wären jene Anpassungsstörungen, die eine nachgewiesene Post-COVID-Symptomatik voraussetzen würden.

Im Rahmen von psychologischen Untersuchungen sollte man sich nicht auf einzelne Diagnosen fixieren; das Untersuchungsdesign sollte immer ein Überblicksverfahren (z. B. MMPI-2 RF; Engel, 2019) enthalten und einen umfassenden und dimensional psychischen oder psychosozialen Status erheben (Krahl & Ackermann, 2025). Dies erscheint wesentlich, da Patient*innen in beruflichen, gesundheitlichen und privaten Rahmenbedingungen leben können, die eine Abklärung von konkurrierenden Faktoren notwendig machen. Dies könnte neben einer Vorerkrankung auch Belastungssituationen sein, wie z. B. die aufwendige Pflege von Angehörigen, die zu einer Überlastung beitragen könnten. Hinzu kommen Faktoren wie Berichterstattung in den Medien über die Pandemie, ideologische Überzeugungen von Fachkräften, die

— Gelegentlich sind Patient*innen am Rollator mobilisiert, tragen durchweg Sonnenbrillen oder reagieren empfindlich auf kleinste störende Geräusche – auch bezüglich der Belastungsfähigkeit werden mitunter schwerwiegende Beeinträchtigungen geschildert. —

z. B. Spätfolgen von Coronaerkrankungen kritisch sehen, was häufig zu Kränkungen aufseiten der Patient*innen führt. Dies alles kann zu einer komplexen psychischen Beschwerdelage und schwierigen Diagnosestellung führen.

Andere psychische Diagnosen, vor allem psychosomatische Störungsbilder, sind nur unter bestimmten eng umschriebenen Umständen als Folge einer Coronaerkrankung zu diskutieren, wobei die Verursachung in der Regel multifaktoriell ist. Besonders herausfordernd wird es, wenn psychische Vorerkrankungen, die sich beispielsweise aus dem erwähnten Vorerkrankungsverzeichnis entnehmen lassen, zu diskutieren sind. Einerseits können diese die Schwelle für das Erleiden einer PTBS oder Anpassungsstörung senken, andererseits sind dies konkurrierende Faktoren, die ebenfalls viele der beklagten Beschwerden erklären könnten.

Wesentlich ist, dass nicht die Diagnosen entscheidend sind, sondern die durch sie begründete Funktionseinschränkung, welche die Grundlage für die Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung darstellt. Meist orientiert man sich hier an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2001).

Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung

Kern einer psychologisch-psychotherapeutischen oder neuropsychologischen Untersuchung ist eine umfassende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung, also die bereits mehrfach erwähnte Beschwerdvalidierung. Hier sollten die Aktenla-

ge, die amnestischen Angaben, die aktuellen Beschwerden, die klinischen und testpsychologischen Befunde sowie die Ergebnisse von Beschwerdvalidierungsverfahren im Hinblick auf die Diagnose und die Authentizität der Beschwerdendarstellung überprüft werden. Dies alles vor dem Hintergrund eines für den Einzelfall angenommenen Störungsmodells. Im Falle der Post-COVID-Begutachtung ist dies ein schwieriges Unterfangen. Das größte Problem ist die Symptomvielfalt, z. T. die Unspezifität einzelner Symptomgruppen und eine sich schnell weiterentwickelnde Studienlage.

In der Regel handelt es sich um interdisziplinäre Begutachtungen, bei denen eintreten kann, dass die Ergebnisse der Begutachtungen sich entweder ergänzen oder widersprechen. So wäre es z. B. möglich, dass im Rahmen einer neuropsychologischen Begutachtung Hinweise auf eine mangelnde Authentizität bezüglich einer Fatigue-Symptomatik zu finden sind, wohingegen bei der Erfassung der körperlichen Erschöpfung im Rahmen medizinischer

Tests und z. B. im Rahmen einer pneumologischen Untersuchung plausible und stimmige Untersuchungsergebnisse vorhanden sind. Auch könnte eine geistige Erschöpfungssymptomatik durch die Post-COVID-Symptomatik, durch

eine psychische oder psychosomatische Erkrankung, durch pharmakologische Einwirkungen oder durch eine andere organisch determinierte Störung, wie z. B. eine Schmerzstörung, erklärbar sein. Dies wäre bei finalen Fragestellungen – wie für die Rentenversicherung – nicht wesentlich, da es hier „nur“ auf das Funktionsdefizit (Ausmaß der Leistungseinschränkung im Erwerbsleben) ankommt, unabhängig davon, auf welche Diagnose sich dieses zurückführen lässt. Bei kausalen Fragestellungen wäre dies allerdings ein wesentlicher Punkt, der differentialdiagnostisch geklärt werden muss, was meist nur sehr schwierig möglich ist.

Darüber hinaus könnten Erkenntnisse über Zusammenhänge im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses sich derart verändern, dass unplausibel wirkende Ergebnisse im Licht einer neuen Forschungslage stimmig interpretiert werden könnten. Dies alles kann zu unterschiedlichen Einschätzungen und auch zur Überforderung der Begutachtenden führen. Deshalb erscheint es essenziell, dass eine strikte Orientierung an den Empfehlungen, den Vorgaben der Fachgesellschaften und an den neuesten Forschungsergebnissen erfolgt, genau in dieser Priorisierung. Forschungsergebnisse müssen hinsichtlich ihrer Aussagekraft, methodischer Qualität und Grades der Bestätigung durch andere Studien kritisch diskutiert werden. Für die meisten Fälle dürften die veröffentlichten Empfehlungen ausreichende Basis der Beurteilung sein. Darüber hinaus müssen in komplexen Einzelfällen interdisziplinäre Rücksprachen erfolgen.

Bezüglich der Beschwerdvalidierungsverfahren sollte sowohl auf negative wie positive Antwortverzerrungen geach-

tet werden. Abzugrenzen sind negative Antwortverzerrungen von möglichen neurokognitiven Defiziten. Positive Antwortverzerrungen sind ggf. in Bezug auf psychische Beschwerden zu erfassen, wenn entsprechende Einflussfaktoren vermutet werden. *Henry (2023)* fasst zum Thema Beschwerdenvalidierungstests (BVT) zusammen: „In der Regel werden bei Verwendung mehrerer kognitiver BVT mindestens zwei auffällige Resultate verlangt, um auf ein ungünstiges Leistungsprofil zu schließen.“ Man muss ergänzen, dass auch ein auffälliges Ergebnis und überzeugende Erkenntnisse aus anderen Testbereichen Zweifel an der Authentizität rechtfertigen würden.

Besonders schwierig bei der Interpretation der Beschwerdenvalidierungsverfahren ist, dass bekannt ist, dass „Frustration oder das Streben nach Anerkennung oder Gerechtigkeit zu einer reduzierten Kooperativität im Rahmen [...]“ (*Henry, 2023*) einer testpsychologischen Untersuchung führen kann. Das Ergebnis der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung ist häufig nicht eindeutig zu interpretieren, weshalb der subjektiven Bewertung der Gutachter*innen viel Spielraum eingeräumt wird; dies führt gelegentlich zu verschiedenen fachlichen Einschätzungen in ein und demselben Fall.

Zu beachten sind auch abweichende Studien zur Lehrmeinung, wenn z. B. *Vossler-Thies et al. (2025)* den Decrescendo-Verlauf als notwendiges Merkmal für die Diagnose eines Post-COVID-Syndroms weder bezüglich der Fatigue-Symptomatik noch bezüglich der kognitiven Defizite umfassend bestätigen konnten. Hier entstehen Herausforderungen für die Begutachtung: Zum Beispiel muss geklärt werden, ob die Symptomatik eine atypische Post-COVID-Symptomatik darstellt oder ob andere Faktoren, z. B. eine psychosomatische Erkrankung, den fehlenden Decrescendo-Verlauf plausibel machen können. Auch Plausibilitätsüberlegungen einzelne Testverfahren betreffend sollten beachtet werden – so untersuchten *Fiene et al. (2015)* Grenzwerte der Plausibilität der Mediane und der Standardabweichung der Alertness-Reaktion; die dort gefundenen Erkenntnisse sollten hierbei auch beachtet werden. Eine Überschreitung dieser Grenzwerte wäre bei völlig unauffälligem Organbefund kritisch zu hinterfragen.

Beeinträchtigungseinschätzung

Unter Berufung auf die Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung für die Begutachtung von Post-COVID (DGUV, 2025) ist für eine Fatigue-Symptomatik eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bis 30 von Hundert vorgeschlagen. Für die Bewertung kognitiver Defizite und von Einschränkungen bei psychischen Störungen soll man sich an den gängigen allgemeinen Empfehlungen der Neurolog*innen/Neuropsycholog*innen und der AWMF-Leitlinien (2019) zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen orientieren.

Fallstricke aus der Praxis und allgemeine Anmerkungen

Im Rahmen von Post-COVID-Begutachtungen sind völlig unterschiedliche Verläufe anzutreffen. Es gibt Fälle, bei denen

anfangs eine erhebliche Störungslage und nach zwei Jahren kaum noch Symptome bestehen und die berufliche Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. Diese stellen im Rahmen unserer Erfahrung allerdings nicht die Mehrheit der zu begutachtenden Personen dar. Viel häufiger finden sich Fragestellungen einer eskalierenden Symptomatik bis hin zum Verlust der beruflichen Leistungs- und in einigen Fällen sogar der Alltagsfähigkeiten. In der Regel finden sich hier keine organmedizinischen Pathologien. Gelegentlich sind Patient*innen am Rollator mobilisiert, tragen durchweg Sonnenbrillen oder reagieren empfindlich auf kleinste störende Geräusche. Auch bezüglich der Belastungsfähigkeit werden mitunter schwerwiegende Beeinträchtigungen geschildert, wie etwa die Angabe, dass man sich nur unter einer Stunde konzentrieren oder belasten könne. Die meisten dieser Patient*innen zeigen einen enormen Leidensdruck, der häufig auch fremdanamnestic von Angehörigen beschrieben wird. Dieses Beispiel zeigt, dass eine isolierte Betrachtung der Post-COVID-Symptomatik oftmals zu kurz greifen würde und darüber hinaus weitere Faktoren Berücksichtigung finden müssten, um dem geschilderten Leidensdruck besser gerecht zu werden, da diese Verläufe deutlich von den in den veröffentlichten Empfehlungen beschriebenen abweichen.

Ein großes Problem ist der Zeitpunkt der Begutachtung. Im Rahmen von ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen werden häufig andere diagnostische Standards verwendet als es im Rahmen der ambulanten Begutachtung möglich und gefordert ist. Dies kann dazu führen, dass eine Post-COVID-Diagnose vergeben und in nachfolgenden Behandlungen übernommen wird, obwohl eine kritische Prüfung anhand der oben beschriebenen Kriterien nicht stattgefunden hat. Eine Begutachtung findet im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse als Auftraggeber) in der Regel frühestens nach 78 Wochen statt – bis dahin könnte sich eine Krankheitsüberzeugung bei Patient*innen ausgebildet haben, die dann so gefestigt ist, dass sie kaum noch veränderbar erscheint und eine andere diagnostische Einschätzung, so stimmig sie auch sein mag, keine Akzeptanz auf Patient*innenseite erreicht und es sogar zu einer Kränkung des*der Betroffenen kommen kann. *Lieberei und Linden (2007)* prägten den Begriff einer Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder; PTED) als pathologische Ausprägung einer solchen Kränkung. Hierbei formulierten sie, dass „sich die Krankheitswertigkeit der PTED nicht aus dem Auslöseereignis, sondern der pathologischen Reaktion ableitet“, sodass diese Entwicklung nicht Folge der Post-COVID-Symptomatik wäre, sondern sich aus persönlichkeitsimmanenten Faktoren entwickelt. Bei kausalen Gutachten wären diese Entwicklung also nicht Folge der Coronaerkrankung. Auch beginnende psychosomatische Fehlentwicklungen infolge einer Coronaerkrankung werden oftmals entweder nicht oder zu spät erkannt und eine therapeutische Neuorientierung, die in vielen Fällen dringend notwendig wäre, gelingt nicht oder nur sehr zögerlich. Im Rahmen der Begutachtung kann dieses Problem nicht gelöst werden.

Fallvariante A

Eine 2020 an COVID-19 erkrankte Krankenschwester erleidet initial schwere Symptome mit starkem Husten, Atemnot und einer mangelnden Sauerstoffsättigung. Sie muss auf der Intensivstation behandelt und beatmet werden. Aus dem Krankenhaus zurück, leidet sie unter schwerer Erschöpfung, einem Riech- und Geschmacksverlust sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Drei Monate nach der Ersterkrankung macht sie einen Arbeitsversuch, dieser scheitert. Organmedizinische Abklärungen erbringen keinen pathologischen Befund, eine initiale Ergotherapie zeigt nur eine langsame Steigerung der Leistungsfähigkeit, sodass noch eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wird. Nachfolgend wird eine länger dauernde stufenweise Wiedereingliederung vorgenommen, wobei eine Steigerung nur bis zu 30 Stunden pro Woche möglich ist, ohne dass eine starke Erschöpfung limitierend auftritt. Zum Begutachtungszeitpunkt (1,5 Jahre nach der Ersterkrankung) berichtet sie noch über eine Erschöpfung sowie gelegentliche Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen. Psychische Probleme oder weitere körperliche Symptome werden nicht berichtet und sie gibt an, dass sie nur eine langsame Besserung bemerke und in der Reha gelehrt habe, sich nicht zu überlasten. Eine weitere Exploration ergibt, dass sie keine schwerwiegenden somatischen oder psychischen Vorerkrankungen aufweist und in stabilen sozialen und finanziellen Verhältnissen lebt. Die Testdiagnostik zeigt leichte Wortfindungsstörungen und eine abnehmende Alertnessreaktion nach 4-stündiger Testung. Die eingesetzten Fragebögen zeigen keine größeren Auffälligkeiten. Die Beschwerdenuvalidierungsparameter sind unauffällig.

Dieses Fallbeispiel wird gutachterlich kaum zu unterschiedlichen Einschätzungen führen, man wird überwiegend zu der Einschätzung kommen, dass eine Fatigue-Symptomatik und Wortfindungsstörungen im Rahmen einer Post-COVID-Symptomatik erklärbar sind. Alle Kriterien wären erfüllt:

- ein schwerer Initialbefund,
- ein Decrescendoverlauf,
- der Ausschluss konkurrierender Faktoren und
- eine Testdiagnostik, die das beklagte Bild darstellt, frei von Verzerrungstendenzen.

Fallvariante B

Eine 2020 an COVID-19 erkrankte Krankenschwester erleidet initial milde Symptome, die wie Erkältungssymptome wirkten, mit leichtem Husten, einer leicht erhöhten Temperatur und Schnupfen sowie einer Ermüdung mit stärkeren Konzentrations- und Gedächtnisproblemen. Kurzzeitig merkt sie eine Verringerung des Riech- und Schmeckvermögens. Nach sechs Wochen nimmt sie die Arbeit wieder auf und arbeitet so fast zwölf Monate, gibt allerdings an, während der Arbeit eine Erschöpfung zu bemerken. Eine organmedizinische Abklärung erbringt keinen pathologischen Befund und nach ca. einem dreiviertel Jahr merkt sie, dass die Ermüdung und die kognitiven Defizite stärker werden. Sie berichtet von zunehmenden Fehlern auf der Arbeit und dass ihre Kolleg*innen sie vermehrt unterstützen müssten. Sie bemerkt, dass durch den Leistungsverlust ihre Stimmung schlechter wird, sie schlechter schlafen kann und leichte körperliche Missempfindungen bekommt. Sie erkrankt häufiger und wird nach knapp zwölf Monaten arbeitsunfähig. Es werden zwei stationäre Rehabilitationsbehandlungen

durchgeführt, wobei sie bei der ersten angibt, dass diese überfordernd war, die zweite wird als hilfreicher erlebt, ohne jedoch mit einer Symptomabnahme einherzugehen. Dafür wird von einer besseren Akzeptanz der Erkrankung berichtet. Weitere Arbeitsversuche scheitern und zur Begutachtung kommt sie 2,5 Jahre nach der Ersterkrankung mit der Angabe von starken Erschöpfungszuständen, deutlichen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, körperlichen Anzeichen der Überlastung (z. B. Muskelschmerzen nach längerem Laufen), Schlafproblemen, einer phasenweise depressiven Stimmung und einem deutlich reduzierten Alltagsleben. Wegen der Erschöpfung treffe sie sich seltener mit Freund*innen, könne im Haushalt weniger machen und werde langsam verzweifelt wegen ihrer Situation. In Behandlung ist sie bei einer Neuropsychologin, wobei die Defizitlage sich nicht bessert, und wegen der depressiven Symptomatik bei einer Psychotherapeutin. Hier konnte eine bessere Krankheitsakzeptanz erreicht werden. Die Patientin ist glücklich verheiratet, der Ehemann bestätigt im Wesentlichen die Beschwerden und wirkt ebenfalls belastet. Psychische Vorerkrankungen gäbe es keine, aber in den fünf Jahren vor der jetzigen Erkrankung waren Krankschreibungen wegen leichter wechselnder körperlicher Erkrankungen von mehr als 30 Tagen/Jahr im Vorerkrankungsverzeichnis zu finden. Sie gibt an, dass sie ihre Tätigkeit gerne ausübe und dass sie Stress normalerweise gut ausgehalten habe und daher jetzt besonders unter dem Leistungsverlust leide. Im Rahmen der Testdiagnostik zeigen sich multiple Defizite in den Aufmerksamkeitsfunktionen, der Gedächtnisleistung und der Wortfindung. Der Abfall der Reaktionszeit gegen Ende der Untersuchung ist drastisch (>1000 ms). Die Beschwerdenuvalidierungstests fallen unterschiedlich aus, einer ist auffällig im Sinne einer negativen Antwortverzerrung, zwei andere nicht. Die Fragebögen zeigen unspezifisch wirkende leichte Beschwerden mit affektiven und vielen psychosomatischen Beschwerden an, wobei auch Hinweise auf eine positive Antwortverzerrung zu finden sind.

Dieses Fallbeispiel wird gutachterlich zu größeren Diskussionen führen und ggf. zu unterschiedlichen Bewertungen. Die wesentlichen empfohlenen Kriterien wären nicht erfüllt:

- kein schwerer Initialbefund,
- kein Decrescendoverlauf,
- mögliche gehäufte Krankheitszeiten vor der jetzigen Erkrankung (kein sicherer Ausschluss von konkurrierenden Faktoren) und
- eine Testdiagnostik, die ein schwereres kognitives Leidenbild zeigt, mit Hinweisen auf negative Antwortverzerrungen und beklagte psychische Beschwerden, die Hinweise für positive Antwortverzerrungen aufweisen.

Klinisch besteht hier kein Zweifel an einem starken Leidensdruck, der auch fremdanamnestisch bestätigt wird. Therapeutisch wurden Wege eingeschlagen, die nicht zu einer Besserung führten; stattdessen fand eher eine schleichende Verschlimmerung statt, die schließlich in einer Stagnation mit einem geringen Niveau von Alltagsfähigkeiten mündete. Was bleibt, sind folgende Überlegungen:

Es könnte eine atypische Post-COVID-Symptomatik bestehen, deren Erklärung bislang medizinisch nicht ausreichend möglich ist; es könnte eine Rest-Post-COVID-Symptomatik bestehen, die zunehmend überlagert ist von einem psychosomatischen

Erkrankungsbild; es könnte aber auch ein reines psychosomatisches Störungsbild oder eine andere psychische oder organmedizinische Erkrankung vordergründig oder komorbid beeinflussend sein, und natürlich könnten auch motivationale Faktoren vorhanden sein, die die Einnahme der Krankenrolle fördern – oder letztlich ein Mischbild dieser Faktoren.

Einen Test, der zielsicher zwischen diesen Möglichkeiten unterscheiden könnte, gibt es nicht. Ein*e Gutachter*in im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung muss sich also primär auf die Frage konzentrieren, ob eine Post-COVID-Symptomatik zweifelsfrei innerhalb dieser Beschwerdenlage nachweisbar wäre, was mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Wenn dann die Überzeugung des*der Betroffenen (und ggf. der Behandler*innen), an einem Post-COVID-Syndrom zu leiden, dem gutachterlichen Unvermögen, diese Erkrankung zweifelsfrei nachzuweisen, gegenübersteht, kann dies zu einem Unrechtsgefühl aufseiten der zu Begutachtenden führen. Dies kann in der Folge die Chronifizierung noch vorantreiben. Hier wird ein erhebliches soziales und menschliches Problem deutlich. Bei einer finalen Begutachtung wäre hier die Beurteilung einfacher, da es nur um das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung ginge und nicht um die Kausalität dieser Beeinträchtigung.

Aus dem zweiten Fallbeispiel heraus lassen sich bestimmte Schlussfolgerungen für den Umgang mit zu begutachtenden Patient*innen im Allgemeinen ableiten. Anzuerkennen, dass der*die Patient*in einen enormen Leidensdruck verspürt und dass viele Patient*innen in belastenden Situationen leben, wo sie nur über ein deutlich reduziertes Alltagsleben verfügen, ist die Basis für die Kommunikation zwischen den einzelnen am diagnostischen Prozess beteiligten Personen. Eine Sprache, die das Leid der Betroffenen würdigt – sowohl in der Untersuchungssituation als auch im verschriftlichen Gutachten – hilft dabei, dass eine konstruktive inhaltliche Auseinandersetzung hinsichtlich der Diagnose und entsprechender Behandlungsstrategie zwischen Therapeut*innen und Patient*innen im Anschluss an die Begutachtung stattfinden kann. Formulierungen, wie „es lässt sich keine Störung nachweisen“, werden von Patient*innen häufig damit übersetzt, dass sie „nichts haben“ und das ist in vielen Fällen schlicht falsch. Ein negatives Gutachtenurteil kann bei Patient*innen leicht den Eindruck erwecken, man spreche ihm*ihr seine*ihre Symptome ab oder er*sie bilde sich diese nur ein. Um dieses Missverständnis zu entschärfen, bedarf es einer einfühlsamen therapeutischen Person, die das Ergebnis des Gutachtens entsprechend einordnet und die weiteren möglichen Schritte bespricht. Auch eine psychosomatische Erkrankung oder die Einnahme der Krankenrolle auf Grund eines Ambivalenzkonfliktes können zu erheblichem Leid führen und benötigen eine sorgfältige wertschätzende Therapie.

Letztlich muss man sich auch darüber bewusst sein, dass ein Ausschluss einer Reststörung eines Post-COVID-Syndroms nicht die Gutachtenfrage ist. Stattdessen geht es in der Regel bei kausalen Fragestellungen, z. B. der gesetzlichen Unfallversicherung, um den zweifelsfreien Nachweis eines Schadens, was bei erheblichen Verzerrungstendenzen oder einem Nichterfüllen

der beschriebenen Kriterien mitunter nicht gelingen kann. Erst in einem zweiten Schritt würde der Kausalzusammenhang zu klären sein, wobei insgesamt mehr für den Zusammenhang zwischen einem zweifelsfreien nachgewiesenen Schaden und der ursprünglichen COVID-19-Infektion sprechen muss als dagegen (überwiegenden Wahrscheinlichkeit). Wenn die Störung nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, entfällt auch die Überlegung, ob diese Störung auf die COVID-19-Infektion zurückzuführen ist, da der Nachweis die Grundvoraussetzung für die weiteren Kausalitätsüberlegungen² wäre – und damit entfällt in der Regel auch die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung für die weitere Therapie. Dies gleichzusetzen mit der Vermutung, dass der*die Patient*in „nichts hat“, wäre ein grober fachlicher Fehler. Besser wäre die Formulierung, dass ein Nachweis der beklagten Symptomatik mit der notwendigen rechtlichen Sicherheit nicht vollumfänglich gelungen ist, dass ein authentischer, therapiebedürftiger Leidenskern aber durchaus bestehen könnte.

Zwischen diesen beiden Extremen, wie sie in den Fallbeispielen dargestellt wurden, lassen sich die meisten Begutachtungen einordnen. Primäre psychische Folgen einer COVID-Erkrankung stellen hierbei eine weniger zentrale Fragestellung dar und werden daher weniger häufig diagnostiziert.

Der*die Gutachter*in muss sich sorgfältig mit allen diagnostischen Möglichkeiten auseinandersetzen und bei kausalen Begutachtungen muss letztlich eingeordnet werden, mit welcher Sicherheit eine Diagnose annehmbar ist, um anschließend die Kausalität weiterführend zu diskutieren. Bei diesen kausalen Fragestellungen wird meist ein sogenannter Vollbeweis, also eine Zweifelsfreiheit gefordert, was ein strenger Maßstab ist. Bei finalen Begutachtungen, z. B. für die Rentenversicherung, spielt die Kausalität bzw. die zugrundeliegende Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle, da hier insbesondere der Funktionsschaden (begründet durch eine Diagnose) nachgewiesen werden muss. Ob eine Beeinträchtigung durch ein Post-COVID-Syndrom oder durch eine andere organmedizinische oder psychische Störung bedingt ist, spielt dann keine erhebliche Rolle. Insofern sind die Anforderungen hier weniger streng.

Fazit

Begutachtungen bei Probanden*innen mit Post-COVID-Syndrom stellen komplexe Anforderungen an eine*n Gutachter*in. Nicht nur, dass häufig notwendige interdisziplinäre Untersuchungen eine hohe Flexibilität verlangen, auch strenge Richtlinien, ein meist hoher Leidensdruck auf Patient*innenseite und eine sich ständige entwickelnde Forschungslage sorgen für einige fachliche Auseinandersetzungen bei dieser Fragestellung. Nicht selten zeigen sich Verläufe, die in der Komplexität nicht immer nur auf einen kausalen Faktor reduzierbar sind und die ein Diagnose- und Therapieverständnis erfordern, welches sich

² Bei Nachweis der Störung müsste der Zusammenhang mit der COVID-19-Infektion nur noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, das bedeutet, es müsste mehr für den Zusammenhang als dagegen sprechen.

aus einem bio-psycho-sozialen Ätiologie- oder Pathogeneseverständnis ableitet, was auch für die Therapeut*innen eine enorme Herausforderung darstellt. Hier sollte die Kommunikation offen geführt werden, orientiert an der aktuellen, sich entwickelnden Forschungslage; gleichzeitig bedarf es der Akzeptanz, dass derzeit zu vielen Aspekten (z. B. Symptom- bzw. Krankheitsverlauf bei Post-COVID) noch keine abschließenden Antworten existieren. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass im Rahmen einer Begutachtung lediglich festgestellt werden kann, ob – gemessen an dem oben beschriebenen strengen Maßstab – eine Post-COVID-Erkrankung und/oder ein Funktionsdefizit nachweisbar ist oder nicht, aber eben häufig auch nicht mehr. Vermutungen eines authentischen Leidenskernes oder Spekulationen über alternative Verursachungen können hier nicht beachtet werden, wenn das Funktionsdefizit nicht sicher nachgewiesen werden konnte. Therapeutisch stellt sich im Anschluss die Frage, wie ein Ergebnis einer Begutachtung in den Therapieprozess eingebunden werden kann. Sollte das Ergebnis des Gutachtens den Erwartungen des zu Begutachtenden entsprechen, erscheint dies weniger schwierig. Falls das Ergebnis aber entgegen der Erwartungen ausfallen sollte, so birgt dies einige Schwierigkeiten³. Dies offen, lösungs- und patientenorientiert zu thematisieren und dann im Rahmen eines meist interdisziplinären Behandlerteams in weitere therapeutische, ggf. diagnostische Strategien umzusetzen, ist sicher eine hohe Herausforderung für die jeweiligen psychotherapeutischen Kolleg*innen. Hier kann es sinnvoll sein, dass diese die Rahmenbedingungen der Begutachtung, die Bewertungsmaßstäbe und die Richtlinien kennen, damit sie dies leisten können. Dieser Artikel versteht sich als ein Beitrag hierzu.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Aschenbrenner, S., Billino, J., John, O., Krahl, G., Neumann-Zielke, L., Peper, M. et al. (in Vorbereitung). Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“.

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). (2019). S2K-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (15.12.2019). AWMF-Register-Nr. 051-029. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029> [02.02.2026].

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung). (2025). Empfehlung für die Begutachtung von Post COVID. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/detail/index/sArticle/5055> [26.01.2026].

Dohrenbusch, R. (2025). Psychologische Begutachtung. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64801-8_99-1

Engel, R. (2019). Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 – Restructured Form. Göttingen: Hogrefe. Henningsen, P. & Köllner, V. (2023). Post Covid-Syndrom – alles nur Immunologie? Argumente für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell. *Ärztliche Psychotherapie*, 18, 68–71.

Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Brinkmann, F., Frank, U. et al. (2025). S1-Leitlinie „Long/Post-COVID“ (Registernummer 0200271). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0271_S1_Long-Post-Covid_2025-08-verlaengert.pdf [02.02.2026].

Kupferschmitt, A. A., Determeyer, N., Hasenbring, M., Langheim, E. & Köllner, V. (2025). Einfluss dysfunktionaler Schon- und Durchhaltungsmuster auf die

Aufrechterhaltung von Post-COVID Fatigue? PPMp -Psychotherapie. *Psychosomatik: Medizinische Psychologie*, 75 (03/04), 112–121.

Kupferschmitt, A. A. & Köllner, V. (2025). Das Post-COVID-Syndrom. Überblick über bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle. *Psychotherapeutenjournal*, 24 (2), 108–117. <https://doi.org/10.61062/ptj202502.001>

Schellig, D., Drechsler, R., Heinemann, D. & Sturm, W. (2009). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren*. Göttingen: Hogrefe.

Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2018). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 2*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/01858-000>

Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2019). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 3*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02845-000>

Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2023). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 4*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02771-000>

Tegenthoff, M., Drechsel-Schlund, C. & Widder, B. (2022). Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID-Syndroms. *Der Nervenarzt*, 93 (8), 804–811. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01292-4>

Vossler-Thies, E., Molt, W. H., Schmidt, D., Liske, B., Hoheisel, T. & Beck, E. (2025). Kognitive Auffälligkeiten nach einer SARS-CoV-2-Infektion trotz Ausschluss unzureichender Leistungsvalidität und anderer medizinischer Ursachen für kognitive Beeinträchtigungen. *MedSach*, 121 (3), 121–129. Verfügbar unter: <https://www.medsach.de/originalbeitraege/kognitive-auffaelligkeiten-nach-einer-sars-cov-2-infektion-trotz-ausschluss> [02.02.2026].

Widmann, C. N., Kolano, J. & Peper, M. (2023). Improving neuropsychological rehabilitation for COVID-19 patients. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 34 (2), 57–70. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1024/1016-264X/a000373>

Zeng, N., Zhao, Y. M., Yan, W., Li, C., Lu, Q. D., Liu, L. et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. *Molecular psychiatry*, 28 (1), 423–433.



Gordon Krahl

Psychotraumatologisches Zentrum für Diagnostik und Therapie (PZDT)
Marktstraße 5
60388 Frankfurt am Main
g.krahl@pzdt.de

Gordon Krahl, Dipl.-Psych., ist Neuropsychologischer Leiter des PZDT. Er ist als Psychotherapeut, Neuropsychologe und als Dozent an verschiedenen Universitäten und für die Hochschule der DGUV tätig. Sein Hauptarbeitsschwerpunkt ist die neuropsychologische und psychotraumatologische Begutachtung.



Nadine Koller

Psychotraumatologisches Zentrum für Diagnostik und Therapie (PZDT)
Marktstraße 5
60388 Frankfurt am Main
nadine.koller@flomansfx.de

B. Sc. Psych. Nadine Koller studiert im Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Sie arbeitet im PZDT und führt testdiagnostische Untersuchungen im Rahmen von Begutachtungen durch.

³ Im Falle der Gesetzlichen Unfallversicherung führt dies häufiger zu Problemen, da zusätzlich zu dem Nachweis eines Funktionsdefizites auch die Kausalität dieser Beeinträchtigung geklärt werden muss. Es könnte also ein Funktionsdefizit vorhanden sein, aber die Zuordnung zu einer COVID-19-Infektion könnte misslingen.

Begutachtung nach einer COVID-19-Infektion

Aktueller Stand und Herausforderungen

Gordon Krahl & Nadine Koller

Literatur

- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). (2019). S2K-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen (15.12.2019). AWMF-Register-Nr. 051-029. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029> [02.02.2026].
- Aschenbrenner, S., Billino, J., John, O., Krahl, G., Neumann-Zielke, L., Peper, M. & Sürer, F. (in Vorbereitung). Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“.
- DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung). (2025). Empfehlung für die Begutachtung von Post COVID. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/detail/index/sArticle/5055>. [26.01.2026].
- Dohrenbusch, R. (2025). Psychologische Begutachtung. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64801-8_99-1
- Dressing, H. & Meyer-Lindenberg, A. (2021). „Long-Covid“ und „Post-COVID“ in der psychiatrischen Begutachtung. Der medizinische Sachverständige: MedSach, 117 (06), 228–234.
- Engel, R. (2019). Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 – Restructured Form. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1037/t15121-000>
- Eyfferth, T., Koczulla, A. R., Freytag, H. W., Krahl, G., Ackermann, C., Bultmann, S. et al. (2023). Problematik von Long/Post-COVID in der Begutachtung. Unfallchirurgie, 126 (5), 373–386. <https://doi.org/10.1007/s00113-023-01297-x>
- Feuerpeil, S. & Tornius-Weber, K. (2025). Begutachtung von Erwerbsminderung. In R. Dohrenbusch (Hrsg.), Psychologische Begutachtung (S. 1381–1393). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64797-4_89
- Fiene, M., Bittner, V., Fischer, J., Schwiecker, K., Heinze, H. J. & Zaehle, T. (2015). Untersuchung der Simulationssensibilität des Alertness-Tests der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP). Zeitschrift für Neuropsychologie, 26 (2), 73–86. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000125>
- Henningsen, P. & Köllner, V. (2023). Post Covid-Syndrom – alles nur Immunologie? Argumente für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell. Ärztliche Psychotherapie, 18, 68–71.
- Henry, M. (2023). Kognitive Beschwerdenuvalidierungstests. In T. Merten (Hrsg.), Beschwerdenuvalidierung in der Begutachtung, Klinik und Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

- Klöfer, J. & Krahl, G. (2017). Psychiater und Psychologe – wer begutachtet was? Einführung aus psychologischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige, MedSach*, 113 (6), 264–268.
- Kluger, B. M., Krupp, L. B. & Enoka, R. M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80 (4), 409–416. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31827f07be>
- Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Böing, S., Brinkmann, F. et al. (2021). S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. *Pneumologie*, 75 (11), 869–900. <https://doi.org/10.1055/a-1551-9734>
- Koczulla, A. R., Ankermann, T., Behrends, U., Berlit, P., Brinkmann, F., Frank, U. et al. (2025). S1-Leitlinie „Long/Post-COVID“ (Registernummer 020027I). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-027I_S1_Long-Post-Covid_2025-08-verlaengert.pdf [02.02.2026].
- Krahl, G. (2025). Urteilsbildung bei Fragen zur Kausalität psychischer Störungen. In R. Dohrenbusch (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung* (S. 1053–1065). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64797-4_77
- Krahl, G. & Ackermann, C. (2025). Begutachtung von Schädigungsfolgen. In R. Dohrenbusch (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung* (S. 1395–1408). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64801-8_99-1
- Krahl, G. H., Aschenbrenner, S., Billino, J., John, O., Neumann-Zielke, L., Sürer, F. & Peper, M. (2024). Neuropsychologische Begutachtung bei COVID-19-assoziierten Erkrankungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 35, 105–114. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000391>
- Kupferschmitt, A. A., Determeyer, N., Hasenbring, M., Langheim, E. & Köllner, V. (2025). Einfluss dysfunktionaler Schon- und Durchhaltungsmuster auf die Aufrechterhaltung von Post-COVID Fatigue?. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 75(03/04), 112–121.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2007). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) – eine spezifische Form einer Anpassungsstörung. *Der medizinische Sachverständige*, 103, 157–159.
- Neumann-Zielke, L., Bahlo, S., Diebel, A., Riepe, J., Roschmann, R., Schötzau-Fürwentsches, P. & Wetzig, L. (2015). Leitlinie „Neuropsychologische Begutachtung“. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 26 (4), 289–306. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000165>
- Schellig, D., Drechsler, R., Heinemann, D. & Sturm, W. (2009). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2018). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 2*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/01858-000>
- Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2019). *Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 3*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02845-000>

- Schellig, D., Heinemann, D., Schächtele, B. & Sturm, W. (2023). Handbuch neuropsychologischer Testverfahren – Band 4. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02771-000>
- Tegenthoff, M., Drechsel-Schlund, C. & Widder, B. (2022). Neurologisch-psychiatrische Begutachtung des Post-COVID-Syndroms. *Der Nervenarzt*, 93 (8), 804–811. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01292-4>
- van Kessel, S. A. M., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J. & van Jaarsveld, C. H. M. (2022). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Family Practice*, 39, 159–167. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>
- Vossler-Thies, E., Molt, W. H., Schmidt, D., Liske, B., Hoheisel, T. & Beck, E. (2025). Kognitive Auffälligkeiten nach einer SARS-CoV-2-Infektion trotz Ausschluss unzureichender Leistungsvalidität und anderer medizinischer Ursachen für kognitive Beeinträchtigungen. *MedSach*, 121 (3), 121–129. Verfügbar unter: <https://www.medsach.de/originalbeitraege/kognitive-auffaelligkeiten-nach-einer-sars-cov-2-infektion-trotz-ausschluss> [02.02.2026].
- Widmann, C. N., Kolano, J. & Peper, M. (2023). Improving neuropsychological rehabilitation for COVID-19 patients. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 34 (2), 57–70. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1024/1016-264X/a000373>
- WHO (World Health Organization). (2001). International classification of functioning, disability, and health. Verfügbar unter: <https://www.who.int/standards/classifications/inernational-classification-of-functioning-disability-and-health>. [02.05.2023].
- Zeng, N., Zhao, Y. M., Yan, W., Li, C., Lu, Q. D., Liu, L. et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of long term physical and mental sequelae of COVID-19 pandemic: call for research priority and action. *Molecular psychiatry*, 28 (1), 423–433.