

Wolfgang Hien¹

Corona, Long-Covid und Leiderfahrungen – sechs Fallgeschichten

(Stand August 2023)

Abstract

Die Corona-Krise ist noch lange nicht zu Ende. Die gesundheitspolitischen Herausforderungen, welche die Corona-Pandemie verursacht hat, sind enorm. Hierzu zählen vor allem die langfristigen und für Hunderttausende leidvollen Folgeerscheinungen, die unter dem Sammelbegriff Long- und Post-Covid zusammengefasst werden. Nach wie vor sind im gesellschaftlichen Raum, auch im medizinisch-therapeutischen Milieu, Tendenzen von Leugnung, Verharmlosung und Diskriminierung derartiger Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion feststellbar. Anhand von sechs Fallgeschichten Long-Covid-Erkrankter wird den charakteristischen Merkmalen dieses Krankheitsprozesses nachgegangen. Auch bei kritischer Betrachtung zeigen sich ernsthafte körperliche Symptome, die nicht mit dem Etikett „rein psychosomatisch“ abgetan werden können. Die Ergebnisse der Fallanalysen werden zum Anlass genommen, einen erweiterten Begriff des Sozio-Psycho-Somatischen zu diskutieren. Gesellschaftliches webt sich in Biographisches ein, eine sozial bedingte schmerzliche Erfahrung, die sich auf die Krankheit gleichsam aufschichtet. Diskutiert werden Aspekte wie Stigmatisierung, Missachtung und Ausgrenzung. Das Leid der Betroffenen wirft unschöne Schatten auf die tradierte „heile Welt“, welche die gravierenden Veränderungen der gesellschaftlichen Naturverhältnisse und der daraus erwachsenden Gesundheitsgefahren nicht wahrhaben will. Umso wichtiger erscheint es, mit fundierten und empirisch gestützten Informationen und Argumenten verharmlosenden und ausgrenzenden Tendenzen entgegenzutreten.

Die Corona-Krise: noch lange nicht zu Ende

Die Corona-Pandemie hat die Welt verändert - nicht, weil es solche Pandemien früher nicht gegeben hätte, sondern weil noch es noch nie eine derart globale gesundheitspolitische Antwort auf ein globales Krankheitsgeschehen gegeben hat. Die Regierungen und die Weltgesundheitsorganisation reagierten zunächst, Anfang 2020, eher verharmlosend, ab Mitte 2020 dann eher übertrieben, chaotisch, inkohärent und in vielen Punkte ohne eine vernünftige Evidenz. Gleichwohl muss eingeräumt werden, dass SARS-CoV-2 – aller bisherigen virologischen Kenntnisse zum Trotz - sich in vielen Hinsichten anders verhält als bekannte Viren. Angesichts einer inzwischen gigantischen

¹ Dr. Wolfgang Hien, Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Bremen (kontakt@wolfgang-hien.de).

Forschungsmasse bleibt dieses Virus in vielen Punkte rätselhaft, so auch bei den langfristigen gesundheitlichen Folgen der Infektion, die unter dem Sammelbegriff Long- und Post-Covid gefasst werden.² Die wissenschaftlichen Sachverhalte sind weiterhin unklar.³ Molekularbiologisch scheint das Spike-Protein eine Schlüsselrolle zu spielen; insofern können auch die als Post-Vac-Syndrom diskutierten Impfschäden, welche dem Long-Covid-Syndrom analoge Erscheinungsformen annehmen, unter Long-Covid subsummiert werden.⁴ Von der Chronifizierung der Erkrankung sind – je nach Vorhandensein und Schwere der Symptome in der Akutphase und je nach Schwere der Folgeerkrankungen – zwischen 1 und 15 % der Infizierten betroffen. Insgesamt ist von mindestens 300.000 Long-Covid-Erkrankten in Deutschland auszugehen, viele von ihnen im Gefolge der ersten Welle 2020. Eines der Leitsymptome von Long-Covid: die chronische Erschöpfung, für die sich auch der Begriff „Chronic Fatigue Syndrom“ (CFS) eingebürgert hat.⁵ Long-Covid hat viele Gesichter, die von neurologischen Beeinträchtigungen, generalisierten Entzündungen, Atemnot und Organschäden bis zu schweren psychischen Störungen reichen.

Das Leid der Betroffenen ist erheblich. Es konterkariert den schönen Schein des Machbaren, den der neoliberale Kapitalismus seit Jahrzehnten als Dogma aufgebaut hat und den Menschen permanent zu indoktrinieren versucht. Statt dieses Leid als gesellschaftlich und politisch relevantes Problem wahrzunehmen, hat sich sowohl in der Bevölkerung als auch in der politischen Landschaft eine breite Front gebildet, welche die Covid-Erkrankung nur als „Grippe“ sehen will und alle Schutzmaßnahmen mehr oder weniger pauschal ablehnt und diese als Bevormundung des Staates, als Freiheitsentzug oder gar als Vorboten einer „Gesundheitsdiktatur“ interpretiert. Es fällt auf, dass es in dieser Frage durchaus Bündnisse oder zumindest Überschneidungen zwischen rechtem Populismus, autoritärem Radikalnationalismus und alternativmedizinischen Bewegungen einerseits und linken, insbesondere gewerkschaftslinken Gruppen und Milieus gegeben hat und weiterhin gibt. Die Argumente in einem konservativen Blatt wie „Cicero“⁶ und in den politisch eher linken „Nachdenkseiten“⁷ gleichen sich auf Haar. Auch in der Gesundheitsforschung

² Erste Erkenntnisse waren bereits im Herbst 2020 verfügbar, so z.B. in einer Studie des King's College London: <https://www.kcl.ac.uk/news/study-identifies-those-most-risk-long-COVID>; im Juli 2021 erschien hierzulande die erste Fassung einer S1-Leitlinie Long/Post-Covid, inzwischen mehrfach erweitert: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1946-3230.pdf>; es gibt keine einheitliche Definition von Long- und Post-Covid, sodass im Folgenden diese Begriffe synonym und für alle länger als 12 Wochen dauernde Erkrankungen verwendet werden.

³ Zadeh, F.H. et al.: Long COVID: Complications, Underlying Mechanisms, and Treatment Strategies. In: Archives of Microbiology and Immunology, Juni 2023, online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10310313/>

⁴ Entgegen aller Hoffnungen verhindert die Impfung die Virusübertragung nicht. Die Impfung gibt einen weitgehenden Schutz vor tödlichen Verläufen, erzeugt aber selbst mehr Nebenwirkungen als ursprünglich angenommen.

⁵ Kedor, C. et al.: A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. In: Nature Communications, August 2022, online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9426365/>

⁶ Beispielsweise: Sandra Kostner: Droht ein gesellschaftliches Long Covid? Oktober 2022, online: <https://www.cicero.de/innenpolitik/corona-gesellschaftliches-post-covid-sandra-kostner-pandemiepolitik>

⁷ Beispielsweise: Ralf Wurzbacher: Impfgeheimnis. Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie besser nicht so genau nach. Februar 2022, online: <https://www.nachdenkseiten.de/?p=81102>

selbst zeigten sich – obwohl das massenhafte Phänomen Long-Covid längst bekannt war – abwertende und denunziatorische Stimmen.⁸ Selbst sehr differenzierende Studien wie die von Karl Heinz Roth widmen dem Phänomen Long-Covid wenig Raum.⁹ Es darf gefragt werden: Wie kann es sein, dass die Angst vor dem autoritären Staat und einer angeblichen Gesundheitsdiktatur schwerer wiegt als das existenzielle Leid Hundertausender und weltweit sicher einige Millionen Menschen?

Weiterhin fällt auf, dass ein Teil des herrschenden Mediziner/innen-Milieus sich ebenfalls dagegen stemmt, Long-Covid als massenhaftes schweres Leiden erst zu nehmen. Die Rede ist dann schon fast denunziatorisch von „rein psychosomatischen Symptomen“, wobei hierbei die Psychosomatik verkürzt als psychogen verstanden und damit sträflich vereinseitigt wird – als Krankheitsempfindung (illness) ohne medizinischen Befund (disease).¹⁰ Dem gibt freilich die klassische Psychoanalyse Vorschub, insofern sie davon ausgeht, das körperliche Symptome Ausdruck einer Verdrängung innerer psychischer Konflikte sein können.¹¹ Die Gegenreaktion – zumal bei den Betroffenen selbst – ließ nicht lange auf sich warten: Verzweifelt werden messbare biologische Parameter gesucht, die die Krankheit „beweisen“ können. Tatsächlich lassen sich bei CFS Korrelationen von verminderter Handkraft und Muskel-Hormonen messen, welche bei zu schlechter Sauerstoffversorgung ausgeschüttet werden.¹² Doch daraus den Schluss zu ziehen, CFS sei eine „rein körperliche Erkrankung“, ist wiederum eine verkürzende Vereinfachung und geht an der Komplexität des Problems vorbei. Wissenschaftlich wie alltagsweltlich wäre eine die Leiblichkeit und das Seelische umfassende Krankheitsbetrachtung angesagt. Sie schüfe eine Öffnung sowohl für die individuelle Krankheitsverarbeitung als auch für Widerstand gegen krankmachende Bedingungen und emanzipatorische Sozialpolitik. Fatal sind Vereinfachungen sowohl im Alltagsverständnis als auch für Therapie und Rehabilitation. In vielen Reha-Kliniken wurden – und diese Praxis ist möglicherweise auch heute noch zu finden – Long-Covid-Erkrankte so behandelt als hätten sie ein Burnout oder eine Depression: mit aktivierender Bewegungstherapie, Arbeitstherapie und Ausdauertraining. Dass dies bei CFS geradezu gegenteilige Effekte haben kann, ist inzwischen vielfach belegt.¹³ In derartigen Konzepten zeigt sich der lange Schatten einer Tradition, „Schwäche“ mit „Härte“ überwinden zu wollen.

⁸ Alexander Meschnig: Corona als Massenpsychose (August 2021), online: https://www.achgut.com/artikel/corona_als_massenpsychose

⁹ Karl Heinz Roth: Blinde Passagiere. Die Corona-Krise und ihre Folgen. Kunstmann, München 2022.

¹⁰ Eine Auseinandersetzung mit dieser verbreiteten Haltung führen z.B. Lubet, S. / Tuller, D.: The concept of 'illness without disease' impedes understanding of chronic fatigue syndrome: a response to Sharpe and Greco. In: Medical Humanities, März 2021, online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32482748/>

¹¹ Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt 1967.

¹² Kedor et al., a.a.O.; vgl. Mitteilung der Charite v. August 2022, online: https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/sars_cov_2_kann_das_chronische_fatigue_syndrom_ausloesen/

¹³ https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/expertin-warnt-vor-long-covid-falscheria-notlage-der-betroffenen-wird-von-vielen-seiten-schamlos-ausgenutzt_id_166145357.html

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 im Gesundheits- und Sozialwesen gilt als „Berufskrankheit (BK) dem Grunde nach“, in allen anderen Arbeitsbereichen als „Arbeitsunfall“ (AU). Die Infektionen müssen beim zuständigen Unfallversicherungsträger – das sind die öffentlichen Unfallkassen (UK) oder die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) – als Verdachtsanzeige gemeldet werden. Bis einschließlich Juni 2023 wurden 533 Tausend BK-Anzeigen gestellt und davon 339 Tausend anerkannt; im gleichen Zeitraum gab es 76 Tausend AU-Anzeigen bei 26 Tausend Anerkennungen.¹⁴ Insbesondere am Fall von Long-Covid ist eine Anerkennung wichtig, damit Betroffene umfassenden Therapie- und Rehabilitationsverfahren erhalten können. Bei dauerhafter Erwerbsunfähigkeit zahlt die BG eine BK-Rente. Normalerweise liegt bei den Betroffenen die Beweislast. Im Gesundheits- und Sozialwesen gibt es eine Beweislast erleichterung, weil davon ausgegangen werden kann, dass der intensive Umgang mit Patienten/-innen eine hohe Wahrscheinlichkeit birgt, sich anzustecken. In allen übrigen Wirtschaftsbereichen muss der/die Erkrankte nachweisen, dass die Infektion am Arbeitsplatz erfolgte. Das ist im Einzelfall sehr schwierig, aufwändig und oftmals ohne Erfolgsaussichten.

Chronische Krankheiten greifen tief in die Biographie eines Menschen ein. Grundlegende Studien hierzu verdanken wir Juliet Corbin und Anselm Strauss. „Wenn eine schwere chronische Krankheit in das Leben eines Menschen einbricht, dann wird die Person der Gegenwart zwangsläufig von der Person der Vergangenheit getrennt, und alle Bilder, die er von sich für die Zukunft hatte, werden beeinträchtigt oder sogar zerstört.“¹⁵ Chronische Krankheit durchkreuzt den Lebensentwurf hinsichtlich Beruf und beruflicher Entwicklung, Einkommen, Lebensstandard, und damit zusammenhängend: Partnerschaft und Familienplanung. Im Allgemeinen werden in den von ökonomischen Orientierungen beherrschten Vorstellungswelten Körper und Geist als mechanistische Entitäten gesehen, die im Sinne von Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu funktionieren haben. Wenn der Körper nicht mehr so funktioniert, wie er soll, geraten Menschen in einen krisenhaften Zustand. Die Betroffenen müssen sich mit dem schwierigen, fremden oder rätselhaften Körper neu arrangieren. Der kranke Mensch muss herausfinden, welche Aspekte seiner Person geblieben sind und mitgenommen werden können, und welche Aspekte vorübergehend oder für immer verloren sind. Ist schon der nicht von Krankheit betroffene Mensch gefordert, sein bzw. ihr Selbstkonzept immer wieder zu überdenken, zu überarbeiten und ggf. neu zu gestalten, so gilt dies umso mehr für den bzw. die Erkrankte. Hierbei sind die persönlichen, sozialen und betrieblichen Kontexte von einer kaum zu überschätzenden Bedeutung. Das Gesagte gilt umso mehr für psychische Erkrankungen. Hier ist die geistige und seelische Leistungsfähigkeit unmittelbar betroffen. Doch Medizinsystem, Sozialversicherungssystem und letztlich auch große Teile des sozialen und gesellschaftlichen Lebenszusammenhangs folgen diesem Verständnis nicht, was zu weiteren Verwerfungen im biographischen Verlauf

¹⁴ https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/hintergrund/covid/dguv_zahlen_covid.pdf

¹⁵ Juliet M. Corbin / Anselm L. Strauss: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3. Überarbeitete Auflage. Hans Huber, Bern 2010, S. 63.

der Bewältigungsbemühungen der von Krankheit Betroffenen führt. Krankheitsdispositionen, -manifestationen und -verläufe sind verortet in sozialen Kontexten oder „Arenen“ (Corbin/Strauss) des familiären oder beruflichen Umfeldes.¹⁶ Hinzu kommen verschiedene kulturelle, soziale, medizinische und vor allem sozialpolitische bzw. arbeits- und sozialrechtliche Arenen. Meist muss nicht nur in einer, sondern in allen Arenen über Krankheit, Gesundheit und die jeweiligen Bedingungen und Kontextfaktoren verhandelt, gestritten und gekämpft werden.

Die folgenden Fallgeschichten wurden im Rahmen eines Forschungsseminars des Studiengangs Public-Health an der Universität Bremen erhoben.¹⁷ Methodisch handelt es sich um narrativ biographische Interviews, die angelehnt an die Grounded Theory (Corbin/Strauss) durchgeführt und ausgewertet wurden.¹⁸

Die Fallgeschichten: Wie Corona in das Leben eingreift

Frau A. (Studentin)

Frau A kommt aus einer Hamburger Sportlerfamilie, sie trieb von Kindesbeinen an – wie sie betont „freiwillig und mit großer Freude“ – Sport. Sie studiert Sport und beschreibt sich selbst als „*lebensfroh und grundsätzlich positiv zum Leben eingestellt*“. Wo sie sich angesteckt hat, ist nicht rekonstruierbar – in Frage kommen Uni-Seminare, Sportaktivitäten, Freizeitaktivitäten oder auch einer ihrer Nebenjobs, so z.B. ihre Arbeit als Aushilfe im Einzelhandel. Nach anfänglicher Symptomverbesserung entwickelte sich ein generalisiertes Schmerz-Syndrom, welches zu einer zeitweisen Pflegebedürftigkeit führte. Frau A. konsultierte viele Ärzte/-innen und Therapeuten/-innen, absolvierte eine stationäre medizinische Rehabilitation und ist nach wie vor in Behandlung, unter andern auch als Patientin einer Psychotherapie. In ihrer Erzählung zieht sich wie ein roter Faden der nachhaltige Schock darüber durch, dass ihre tradierte Körperwahrnehmung – aktiv, stark, leistungsfähig – völlig durchkreuzt ist. Sie sagt, äußerlich sehe man es ihr nicht an, dass sie krank ist, und sie wundere sich selbst, dass es zwischen Aussehen und innerem Fühlen eine derart große Diskrepanz gibt. Einschneidend für sie ist nicht nur die Krankheit selbst, sondern die Umgangsweise ihres sozialen Umfeldes, nicht zuletzt auch

¹⁶ Vgl. Ernst von Kardorff: Arbeiten mit bedingter Gesundheit. Ausgewählte Ergebnisse aus zwei qualitativen Studien. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, Band 45, Nr. 178, 2021, Heft 2, S. 35-61.

¹⁷ Feldzugang und qualitative Methodik wurden vom Autor, der das Forschungsseminar leitete, mit Unterstützung von Katharina Renout vom Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nord-Niedersachsen, vorbereitet Die Interviews wurden vom Autor angeleitet und von folgenden Studierenden durchgeführt: Finja Berger, Monique Eymers, Tamta Nadaraia, Lena Schröder und Frauke Waßmuth. Zitiert wird aus der Transkriptsammlung I (Herr F., Frau A. und Frau B.) und der Transkriptsammlung II (Herr E., Frau D. und Frau C.). Dem Netzwerk und Frau Renout ist zu danken für die Vermittlung der Interviewpartner/innen. Den Interviewten ist für ihre Bereitschaft zu danken, sich den oftmals sehr persönlichen Themen zu stellen. Den Interviewerinnen, die mir die Transkripte für diese Studie zur Verfügung gestellt haben, gebührt ebenfalls Dank.

¹⁸ Jörg Strübing: Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. de Gruyter, Berlin 2018.

die Umgangsweise, die sie im Medizinsystem erlebt. Psychisch hoch belastend war und ist die Ignoranz, die Frau A. immer wieder im Medizinsystem antraf. Viele Testergebnisse und auch Kernspin- und Computer-Tomographie waren trotz großer Schmerzsymptomatik unauffällig, was manche Ärzte und Ärztinnen zur Bemerkung veranlasste: „*Sie sind nicht krank.*“ Familie und Freundeskreis unterstützten sie nur halbherzig. Es stelle sich immer wieder heraus, „*man kämpft irgendwie doch noch alleine*“.

„Es gab zwischenzeitlich solche Diskrepanzen, würde ich mal sagen, weil: Ich konnte einfach nicht mit spazieren gehen. Wenn die gesagt haben: ‚Wir machen einen Sonntagsspaziergang‘ habe ich gesagt: ‚Ich kann nicht‘, weil ich es einfach körperlich nicht geschafft habe. Und dann wurde dann immer so gesagt: ‚Jaaa, dann halt nicht.‘ Dann bist da halt raus. Dann wurde nicht gesagt: ‚Okay, dann setzen wir uns einfach mal zwei Stunden hin und quatschen, weil du das halt nur kannst.‘ (...) Nicht dabei zu sein, ist für mich hart gewesen. Also habe ich mich weiter entwickelt mit dieser Krankheit. Ich habe gemerkt, was wichtig ist, wer wichtig ist und dass man sich immer noch am besten auf sich selbst verlassen kann, teilweise. (...) Ich sehe meine Erkrankung damals und das Long-Covid auch nicht negativ an. Es hat so viele getroffen, es hat mich auch getroffen, und vielleicht war es einfach die Chance, die ich gebraucht habe, um was Anderes zu machen oder mich zu finden oder an mir zu arbeiten. Ich sehe das keinesfalls als schlecht an, und ich habe keine Angst nochmal zu erkranken. Also wenn es passiert, dann passiert es. Und wenn in zwei, drei Wochen die Clubs wieder aufmachen, werde ich nicht einer der ersten sein, aber wenn im Sommer was gefeiert wird, dann bin ich dabei“ (I, S. 34 und 41 f.).

Es wird deutlich, wie enttäuscht die von Krankheit Betroffene von ihrem sozialen Umfeld ist, wie sehr sie um Fassung und zugleich um ein neues Selbstverständnis ringt. Sie thematisiert einerseits, wie hart sie die Ausgrenzung trifft: andererseits sieht sie diese „Schläge“ auch als Aufforderung für Selbstreflexion und Selbstfindung. Sie stellt gleichsam an sich selbst die Forderung, sich ihre Lebensperspektive nicht von den negativen sozialen Erfahrungen zerstören zu lassen. Sie ist sich bewusst, dass sie viele Dinge alleine bewältigen muss, doch ein Rückzug und eine soziale Isolation kommt für sie nicht in Frage. Sie hält daran fest, dass sie als junge Frau noch viel erleben und sich aus den Fesseln, die diese Krankheit zunächst um sie gelegt hat, befreien möchte. Gleichwohl reproduzieren sich die aus dem Umfeld wahrgenommenen Diskrepanzen in ihrem Selbstkonzept: Sie weiß, dass sich ihr Leben geändert hat und dass sie „was Anderes“ angehen möchte, vielleicht auch angehen muss, doch in ihren Lebensplänen tendiert sie dazu, an alten Gewohnheiten festzuhalten. Sie macht negative Erfahrungen, doch sie wehrt sich dagegen, ihre Erkrankung als negativen Einschnitt wahrzunehmen. Sie möchte sich nicht vor erneuter Erkrankung ängstigen, doch sie entwirft Lebenslinien, in denen eine solche Erkrankung keinen Platz hätte. Möglicherweise verbirgt sich hinter dieser Diskrepanz eine Form von Angstabwehr, d.h. eine Reaktionsbildung, welche die Angst in eine Art Trotz

verkehrt. Grundsätzlich jedoch ist im gesamten hier besprochenen Interview ein beeindruckend starker Lebenswille spürbar.

Frau B. (Studentin)

Frau B. beschreibt sich selbst als „*lebenslustigen, aktiven und sehr sozialen Menschen*“. Vor der Erkrankung trieb sie viel Sport, arbeitete in einer Tanzschule, arbeitete zwei Jahre im Ausland als Aupair, danach als Bodenstewardess und bemühte sich um einen Studienplatz in Pädagogik, den sie kurz vor Pandemiebeginn auch an einer norddeutschen Uni antreten konnte. Frau B. betont, dass sie, was Belastungen und Belastbarkeit anbetrifft, oftmals über ihre Grenzen hinausgegangen ist. Sie berichtet, dass sie sich viel zumutete, obwohl sie nicht sehr stressresistent war. Sie habe immer wieder an stressbedingter Migräne gelitten, auch habe sie eine „*Blut-, Spritzen- und Verletzungssphobie*“. Nicht zuletzt leide sie an Prüfungsangst. Ähnlich wie bei Frau A, gab es auch bei Frau B. viele Arenen der Aktivität, und auch hier ist nicht auszumachen, wo die Ansteckung erfolgte. Auch hinsichtlich des Erkrankungsverlaufs, der Krankheits-Symptome und des sozialen Umgangs mit dieser Erkrankung fallen die Ähnlichkeiten mit Frau A ins Auge. Die Long-Covid-Erkrankung machte sie über Monate hinweg aufgrund neurologischer, pneumologischer, und kardiologischer Symptome völlig arbeitsunfähig. Alle ihre Dispositionen traten nun noch stärker hervor: massive Kopf- und Gliederschmerzen und generalisierte Ängste, gepaart mit völliger Kraftlosigkeit. Zugleich begann damit ein immerwährender Kampf um Anerkennung. Um mit dem Medizinsystem zu beginnen: Frau B. absolvierte eine Odyssee, von Art zu Ärztin, von Klinik zu Klinik, von Untersuchung zu Untersuchung. Sie ist in physiotherapeutischer und in psychotherapeutischer Behandlung. Immer wieder macht sie die Erfahrung, dass ihr nicht geglaubt wird. So bleibt nicht aus, dass sie von Selbstzweifeln gequält wird:

„Und dann stand ich da und dachte mir so: Okay, alle Tests sind gut. Warum geht's mir aber nicht gut? Das passt ja irgendwie nicht zusammen. Einerseits diese Tatsache, dass es halt keine wirkliche Erklärung dafür gab, warum es mir nicht gut ging und auch so dieses ... es hat sich auf einmal alles verändert“ (I, S. 60).

Es sind freilich nicht nur die Zweifel, die sie befallen; in dieser Sequenz kommt auch ein „Andererseits“ zum Vorschein, nämlich die schlichte Feststellung, dass sich „*alles verändert*“ hat, worin sich das Annehmen-Müssen der Realität – ihrer tatsächlichen Realität jenseits der Testergebnisse – ausdrückt. Zugleich wird in dem „*und auch so dieses*“ eine Problematik angedeutet, die sich aus dem weiteren Kontext der Erzählung erschließt. In ihrem Familien- und Freundeskreis stieß sie weitgehend auf Unverständnis. Nach der Au-Pair-Zeit zog sie zunächst wieder bei ihren Eltern ein. Sie saß viele Stunden vor dem Computer – Online-Seminare – und war oftmals schnell erschöpft und bettlägerig. Dafür hatten ihre Eltern kein Verständnis, auch weil sie – darauf weist die Interviewte explizit hin – aufgrund ihrer nicht-akademischen Herkunft

nicht wussten, „*wie anstrengend Uni-Seminare sind*“. Und sie begriffen daher auch nicht, wie stark sie aufgrund ihrer Erkrankung zusätzliche belastet war. Auch ihre Arbeitgeber haben, wie Frau B. sagt, hinsichtlich ihrer Erkrankung „*keine Rücksicht genommen*“, d.h. sie verlor alle Jobs. Ihre Dozenten an der Uni hatten für ihre Situation ebenfalls „*kein Verständnis*“. Auch ihr Freund, mit dem sie in Partnerschaft lebte, verließ sie mit dem Argument, sie sei „*zu wehleidig*“.

„Das tat verdammt weh, und ich hätte nicht gedacht, dass ich das von einer Person höre, die ich liebe und die mich liebt. Das war ein richtiger Dämpfer für mich, und dann hab' ich an mir gezweifelt, weil ich gedacht hab: ‚Oh Gott, ist das wirklich so?‘ (...) Einfach immer dieser Druck von außen: ‚Du musst dem gerecht werden! Du bist aber jung! Und du musst doch gesund sein!‘ Diesen Druck zu haben, ist ganz schrecklich. Und zu akzeptieren, dass es mir nicht gut ging, das hat es nicht besser gemacht, zunächst. Also es hat mindestens ein halbes Jahr gedauert, bis ich so an den Punkt gekommen bin: ‚Okay, ich hab' jetzt Post-Covid, und das ist okay, und ich lerne jetzt damit umzugehen anstatt dagegen anzukämpfen.‘ Weil ich davor wirklich versucht habe, dagegen anzukämpfen und versucht habe, über meine Grenzen zu gehen. Und einfach jedes Mal einen Dämpfer gekriegt habe, wie so einen Schlag vor's Gesicht“ (I, S. 56 und 60).

Die Erzählerin macht aus ihrer Enttäuschung über die mangelnde Verantwortung und Fürsorge ihres bisherigen Freundes und ihres familiären und sozialen Umfeldes keinen Hehl. Sie thematisiert den kulturellen und sozialen Druck, den eine auf Leistung und Fitness orientierte Gesellschaft auf sie ausübt. Es wird deutlich, wie stark sie das emotional belastete. Sie brauchte eine ganze Zeit, um für sich einen Weg zu finden, aus dieser Situation herauszukommen. Sich vom Umfeld innerlich abzutrennen ist ebenso wenig eine Lösung wie sich diesem Druck zu unterwerfen und immer wieder versuchen zu wollen, irgendwie „zu funktionieren“. Schnell werden dann die Grenzen klar, was sowohl körperlich wie seelisch die Belastung potenziert. Dass sie sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen hat, unterstützt ihren Selbstfindungsprozess.

Frau C. (Erzieherin)

Frau C. ist alleinstehend, betont aber, dass sie vor ihrer Erkrankung „*sehr zufrieden mit ihrem Leben und mit ihrer Arbeit*“ war. Sie wohnt im Bremer Umland, hat einen großen Freundeskreis und war immer aktiv und lebensfroh. Frau C. schwärmt von ihrer seit langem ausgeübten sportlichen Aktivität, dem Biodanza, einem spirituell und gruppentherapeutisch ausgerichteten lateinamerikanischen Tanz. Sie räumt ein, dass sie seit ihrer Kindheit an einer autoimmunbedingten Schilddrüsenerkrankung leidet; auch war sie schon 2019 an einer hartnäckigen Infektion, wahrscheinlich einer Influenza, erkrankt. Frau C. beschreibt das Jahr 2019 als ein „*sehr anstrengendes Jahr*“. Aufgrund der offenen und körperintensiven Arbeit mit Krippenkindern – Arbeit mit Maske ist nach Aussage der Interviewten hier nicht möglich – hat sich Frau C. bei der

Arbeit infiziert. Nach massiven akuten Symptomen ging es ihr zunächst besser. Nach einigen Monaten traten dann aber schwere und bis heute anhaltende Long-Covid-Symptome auf: Kopfschmerzen, chronische Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Wortfindungsschwierigkeiten, Schlaflosigkeit. Glücklicherweise bekam und bekommt sie Unterstützung seitens ihres Freundeskreises. Weniger unterstützend erwies sich die Reaktion ihres Arbeitgebers, der nur daran interessiert ist zu hören, wann sie wieder zur Arbeit erscheine. Frau C. schätzt die Wahrscheinlichkeit, irgendwann wieder arbeitsfähig zu sein, als gering ein. Durch Long-Covid ist sie sehr lärmempfindlich geworden, und sie kann sich nicht vorstellen, bei dem in Kindertagestätten üblichen Lärm wieder zu arbeiten. Enttäuschend für Frau C. war die Haltung ihres langjährigen Hausarztes: Er wollte sich nicht auf dieses Krankheitsbild einlassen, d.h. er sah sich nicht in der Lage, sie zu behandeln und schickte sie mit dem Argument weg, er könne und wolle dazu nichts sagen, sie solle sich einen anderen Arzt suchen. Frau C. fand erst bei einer Neurologin Verständnis.

Frau C. betont, dass sie trotz allem eine positive Sicht ihres Lebens habe. Dennoch kommen, wenn ihre Lebenssituation von Schmerzen getrübt wird, immer wieder auch andere Gedanken und Gefühle hoch:

„Also, ich kann schon sagen... Also ich hatte so vor Paar Wochen in mein Tagebuch geschrieben: ‚Ich vermisse mich, ich vermisse mich selbst, weil ich das Gefühl habe, dass‘ So wie ich gewesen bin vor der Erkrankung, so bin ich jetzt überhaupt nicht mehr und, ja, ich vermisse eigentlich meine Lebendigkeit, meine Energie, meine Freude, meine Aktivität. (...) Früher habe ich ganz viel getanzt, ... und jetzt liege ich ganz viel und höre die Musik und mache eben alles ganz langsam. (...) Ich mache dann Qi Gong, das habe ich auch immer gemacht, dann gehe ich mal raus Also ich fühle mich irgendwie wie so eine Raupe, und jeden Tag geht die Raupe da raus und macht sich frei, aber die ist nie ein Schmetterling. Ich bin immer diese Raupe, jeden Tag. Jeden Tag bin ich die kleine Raupe oder große Raupe (lachen) aber der Schmetterling entsteht eben nicht“ (II, S. 84 f.).

Frau C. hat mit vielen Enttäuschungen zu kämpfen – über ihren geschädigten Körper, ihre beeinträchtigte Vitalität, über die ignorante Haltung ihres Arbeitgebers und ihres Hausarztes, doch sie hält an ihrer positiven Weltsicht fest. Gleichwohl trauert sie über ihr verlorengegangenes Lebensgefühl, ja, sie trauert über den Verlust ihres verlorenen Selbst's. Das Selbst kann als Integration der leibkörperlichen, psychomentalen und sozialen Lebensfaktoren begriffen werden, welche in ihrer Vielschichtigkeit die Identität des Selbst bestimmen. In dem Maße, wie diese Einflussfaktoren gestört, blockiert oder gehemmt sind, leidet auch das Selbstgefühl. Dispositionen und Gestaltungswille sind vorhanden, doch es fehlen bestimmte physische und psychische Bedingungen. Das Bild, das die Protagonistin entwirft, ist ganz außergewöhnlich: Sie fühlt sich als Raupe, die es nicht schafft, sich bis zu einem Schmetterling zu entpuppen. Dieses Bild ist kein abschließendes, kein

resignatives. Es enthält die implizite Hoffnung, dass trotz gravierender Einschränkungen eine weitere Entwicklung ihrer Lebenslinie – vielleicht sogar bis zum Schmetterling – möglich sein wird.

Frau D. (Pflegekraft)

Frau D. hat früh geheiratet und bekam drei Kinder, die alle eine in ihren Augen „gute Entwicklung“ nahmen und mittlerweile selbständig leben. Ihren familiären Kontext charakterisiert sie als ausgesprochen positiv. Sie arbeitete mehr als 30 Jahre als Krankenschwester in einer niedersächsischen Mittelstadt. Frau D. berichtet von Vorerkrankungen und starken Belastungen, die ihr Leben schon vor der Corona-Erkrankung beeinträchtigt haben. Sie leidet an Bluthochdruck, an verschiedenen schmerzhaften Muskel-Skelett-Erkrankungen und an Tremor – ein unwillkürliches Zittern, das insbesondere in stressreichen Situationen auftritt. Auch habe es eine Reihe weitere Gesundheitsprobleme gegeben, unter anderem auch Zahnentzündungen, die eine Zahn-OP zur Folge hatten. Frau D. schildert ihre Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als „in den letzten Jahren zunehmend belastend“. Die Erkrankungen der zu Pflegenden wurden schwerer und komplexer, was die psychischen Beanspruchungen erhöhe – in den Worten von Frau D.: „Der emotionale Druck hat zugenommen.“ Die ohnehin hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus haben während der Corona-Pandemie noch einmal zugenommen und gingen vielerorts an die physischen und psychischen Grenzen der Gesundheitsarbeiter/innen, in manchen Fällen auch über sie hinaus.¹⁹ Die Protagonistin erzählt, sie habe immer wieder „eine ganze Menge weggesteckt“. Auch ihr Schmerzempfinden sei eher moderat gewesen, und sie können sagen, dass sie „nie wirklich jammerig war“. Frau D. pflegte neben ihrer Arbeit auch ihre erkrankte Mutter, die 2013 in einem Krankenhaus verstarb. Die häusliche Pflege und die Umstände des Todesereignisses erlebte Frau D. als psychisch hoch belastend und verursachte depressive Episoden, die sie einige Monate arbeitsunfähig machten. Frau D. berichtet, dass sie schon vor der Covid-Erkrankung „nicht mehr ganz so belastbar“ gewesen sei. All ihre Beeinträchtigungen und Gesundheitsstörungen nahmen nach ihrer arbeitsbedingten Covid-Infektion – die wahrscheinlich im Dezember 2021 stattfand – deutlich zu. Sie erkrankte trotz zweifacher Impfung. Die Symptome wechselten, nahmen aber in der Summe nicht ab. Hinzu kamen die für Covid und Long-Covid bekannten Phänomene wie Atemnot und Herz-Kreislauf-Probleme.

„Da bin ich dann erstmal so zusammengebrochen und dachte so: ‚Nee warum ich denn jetzt? Zwei Jahre lang arbeite ich im Bremer Krankenhaus, zwei Jahre lang betreue ich auch Long Covid Patienten mit voller Montur. Mit Schietbrille [damit ist das Spuck- und Gesichtsschutz-Visier gemeint] und was wir da nicht alles hatten und nix passiert. Nix! Und dann bin ich ganz friedlich, nie viel unterwegs gewesen, nie auf Großveranstaltungen, Abstand gehalten,

¹⁹ Hien, W. / Schwarzkopf, H.v.: Die Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften. Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. September 2021, online: <http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf>

regelmäßig gelüftet, und so weiter und so fort. Und dann voll die Kanone sag ich mal. Das war wie so eine Ohrfeige" (II, S.65).

Frau D. zeigte ihre Erkrankung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG) als Berufserkrankung an. Sie bekam ein 80 Seiten starkes Bündel an Formularen, die sie – wie sie sagt – „zur Verzweiflung gebracht haben“. Die BG, die lege artis „zügig“ eine angemessene Art von Therapien hätte bewilligen müssen, brauchte vier Monate, um ihren Antrag zu bearbeiten. Frau D. entschloss sich, über Krankenkasse und Rentenversicherung therapeutische und rehabilitative Maßnahmen in Gang zu bringen. Dass sie sich schon vor der Infektion in eine Psychotherapie begab, kann als glücklicher Umstand gewertet werden. Hier machte sie Bekanntschaft mit der Akzeptanz-Commitment-Therapie, die sie jetzt regelmäßig nutzt. Frau D. kommt im Laufe ihrer Erzählung ausführlich auf den Umgang ihres sozialen und administrativen Umfeldes mit ihrer Erkrankung zu sprechen. Ihre Familie und die Psychotherapeutin empfindet sie als sehr unterstützend, nicht aber das weitere Umfeld. Ihre zuständige personale Abteilungsleiterin rief sie an, fragte nicht, wie es ihr gehe, sondern schlicht danach, wann sie denn wiederkomme. Eine Vertretung ihrer Hausärztin bemerkte, dass sie die Diagnose Long-Covid für falsch hält. Ein Neurologe meinte, er sei für ihre Beschwerden nicht zuständig, sie solle einen Allergologen aufsuchen. Am schlimmsten empfindet Frau D. den weiteren Freundes- und Bekanntenkreis:

„Dann höre ich so Sachen wie „Gehst du immer noch nicht arbeiten?‘ Ich sag: ‚Nee, mein Bein ... immer noch, und Kopfschmerzen.‘ ‚Ja aber, das hat man doch.‘ Also es gibt manche Leute, die überhaupt kein Verständnis haben, nach dem Motto: ‚Naja, wenn man älter wird, dann hat man das ja auch alles.‘ So nach dem Motto: ‚Bis du sicher, dass das Long-Covid ist?‘ Wo ich so dachte: ‚Boah, ich platz‘ gleich.‘ (...) Das macht doch was mit einem, wenn man krankgeschrieben ist, und wenn Leute einen nicht ernst nehmen und es ständig in Frage stellen, ob es diese Diagnose überhaupt gibt oder ob es vielleicht einfach nur das ist, dass du alt bist und keine Lust mehr hast zu arbeiten. Naja, ich hab‘ mich dann eben immer wieder rausmanövriert“ (II, S. 65 f.).

Als verantwortungsvolle Pflegekraft hat Frau D. immer darauf geachtet, sich selbst und andere, vor allem auch ihre Patienten/-innen zu schützen. Dass sie sich dennoch infizierte, liegt in der Natur der Pflegearbeit und kann auch mit den besten Vorsichtsmaßnahmen nie vollständig verhindert werden. Die Covid-Erkrankung war ein Schock für Frau D., der sich aufgrund der nachfolgenden Symptome zu einer anhaltenden physischen und emotionalen Betroffenheit ausformte. Statt Verständnis und Mitgefühl erntet Frau D. jedoch in ihrem Umfeld Ablehnung und Ausgrenzung. Die Reaktionen gehen sogar so weit, ihr Krankheitssimulation und Sozialbetrug zu unterstellen. Das muss einen Menschen, der jahrzehntelang in der Pflege gearbeitet hat und sich dabei hochgradig belastenden Arbeitssituationen ausgesetzt hat, um der Gemeinschaft zu dienen, geradezu brutal treffen. Dennoch behält die so vielfach Betroffene ihre Selbstbeherrschung und ihre positive

Lebensperspektive. Sie engagiert sich in der Selbsthilfebewegung und fand mit Hilfe ihrer Psychotherapeutin Zugang zu regelmäßigen Achtsamkeitsübungen – ein für sie gangbarer und erfolgversprechender Weg.

Herr E. (Handwerker)

Herr E. aus einer norddeutschen Küstenstadt stellt sich im Interviewsetting als stolzer und gefragter Handwerker mit vielen Spezialkenntnissen vor. Er ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. Wesentlich für sein Selbstverständnis ist seine sportliche Aktivität. Seit seiner Kindheit spielt er Fußball und Handball, er lief Marathon und war auch aktiv im Triathlon-Bereich. Mitte 2020 erlitt er einen Arbeitsunfall, der seine Schulter zertrümmerte. Kurz danach kam die Covid-Infektion, die nach Herrn E.'s Überzeugung „*definitiv auf der Arbeit passiert*“ ist. Die sich zu einer Long-Covid-Erkrankung auswuchs. Als Hauptsymptome sind zu nennen: Luftnot, Fieber, Schüttelfrost, Atemnot, Kopf-, Glieder- und Gelenkschmerzen, Entzündungsneigung, Überempfindlichkeit der Haut in Form starker Berührungsschmerzen, Appetitlosigkeit, Durchfall, Schlafstörungen, chronische Erschöpfung, Wortfindungsstörungen, innere Unruhe, Ängste, Halluzinationen und wiederholte Suizidgedanken. Nach einer langen Ärzte- und Ärztinnen-Odyssee stand im Frühjahr 2021 die Diagnose fest. Im Falle von Herrn E. zeigte sich der Arbeitgeber verständnisvoll; auch gab es einen guten und hilfreichen Kontakt zur Betriebsärztin. Die Symptome besserten sich langsam.

„Bis dann dieser Anruf von der Krankenkasse kam, letzten Freitag, die mir Druck gemacht haben ohne Ende, also wirklich. Wann ich wieder arbeite, und, und, und, da war ich sowas von down, obwohl es mir zuvor eigentlich gut ging. Das löste bei mir einen richtigen Crash aus“ (II, S. 37).

Auch von Seiten der Berufsgenossenschaft erfuhr Herr E. keine Unterstützung. Sein Antrag auf Schwerbehinderung – hierfür ist das Versorgungsamt zuständig – wird ebenfalls nicht bearbeitet, sodass die Feststellung nachvollziehbar ist: *„Wenig Hilfe hat man von den Ämtern“*. An anderer Stelle des Interviews wird Herr E. noch deutlicher:

„Die wollen alle nichts zahlen, alle nichts geben. Nach dem Motto: ‚In Deutschland bist du gut, wenn du gesund bist und arbeitest.‘ Das ist typisch deutsches Verhalten. Wenn du hier nicht mehr kannst und nicht mehr gebrauchst wird, ist leider so. Wenn du alt bist und krank bist, bist du nicht mehr tragbar in dieser Gesellschaft. Es kommen einem immer wieder ..., früher hab' ich das auch immer nicht gedacht, aber jetzt wo ich selber betroffen bin, merkt man das ganz, ganz schlimm“ (II, S. 44).

Einmal davon abgesehen, dass diese Erfahrungskonstellation vor dem Hintergrund des globalen Kapitalismus nicht nur ein deutsches, sondern ein globales Merkmal abbildet, trifft Herr E. hier einen entscheidenden Punkt: Krankheit ist im Kontext der Leistungsgesellschaft negativ konnotiert.

Leistungsfähigkeit ist ein zentrales Kriterium, das – trotz aller gegenteiligen sozialetischen Normen – die soziale Wertigkeit eines Menschen in der Gesellschaft bemisst. Insofern üben die Institutionen des Sozialstaates nicht nur eine unterstützende, sondern auch eine disziplinierende Funktion aus. Herr E. räumt ein, dass er vor seinem Unfall und vor seiner Covid-Erkrankung anders dachte und wahrscheinlich eher mit den Kriterien der Leistungsgesellschaft konform ging, vielleicht sogar Menschen verurteilte, die von Sozialleistungen lebten. Jetzt ist er eines Besseren belehrt. Die unvollständigen Sätze lassen ahnen, welche mentale Umkehr sich hier vollzieht. Dem Protagonisten kommen immer wieder Gedanken, die ihn aufwühlen und ihm gleichsam eine neue Weltsicht offenbaren.

In seiner Erzählung macht Herr E. deutlich, dass er kein Verständnis für Corona-Leugner und Impfverweigerer hat:

„Und Verwandtschaft von mir, mein Neffe, der weiß wie schlecht es mir ging und ich sag, was machst du hier, deine Schwester hat's doch. Ja meine App ist auch rot, ja was machst du dann hier. (...) Da gibt es immer welche, die wirklich nur an Urlaub denken oder denken, oh diese Maske, was darf man noch. Ich hab' versucht, die aufzuklären, hat keinen Zweck. Auch in meiner Laufgruppe, in der ich bin, da haben wir sogar Impfverweigerer und Leugner. (...) Ansonsten, Freunde hat man ja eh nicht mehr so viele wie früher, ist, es ist so“ (II, S. 42 f.).

Diese Vorkommnisse treiben Herrn E. immer wieder in eine Situation der Gereiztheit und gar des Hasses.

„In erster Linie geht's dann natürlich um die Krankheit, das ist einfach, das bestimmt mein Leben – halt die Krankheit, das ist so. Und dann kommen irgendwelche banalen Sachen, die denn, dann kommen Hassgedanken. Das ist ganz häufig, ... nicht nur gegenüber jetzt Ungeimpften oder Verweigerern, auch gegenüber anderen, so Clan-Mitgliedern oder so, die hier sind, der Miri-Clan, die dann andere unterdrücken, und da krieg ich dann, dann werd' ich verrückt. Da könnt' ich die rechts und links, oder schlimmer noch, was ich gar nicht erzählen mag, das hab' ich früher nicht gehabt sowas so, also im Leben war ich nicht so. (...) Ich bin eher am Wasser gebaut jetzt, ich bin voll emotional, ... so dieser harte Kern [Kerl?], das ist nicht mehr so“ (II, S. 40 f.).

Der andauernde Kampf des betroffenen Erkrankten um soziale und sozialrechtliche Anerkennung, die andauernde Wahrnehmung der Ignoranz des sozialen Umfeldes hinsichtlich der Infektionsgefährdung – all das führt zu einer generalisierten Gereiztheit und einer Unduldsamkeit gegenüber allen möglichen gesellschaftlichen Schieflagen. Eigentlich handelt es sich um Altbekanntes, um „banale Sachen“, doch im emotionalen Haushalt des Betroffenen „kocht es über“: Es entwickeln sich Aggressionen, die sich entladen möchten und – aufgrund einer vollkommen intakten moralischen Hemmschwelle – doch nicht entladen können. Doch insgesamt ist Herr E. verletzlicher geworden, er verfügt nicht mehr über die Härte, ist nicht mehr –

wenn die phonetisch ähnlichen Wörter „Kern“ und „Kerl“ als semantisch äquivalent der harte Kerl, der er früher einmal gewesen sein mag. Im ist bewusst: Das hat Vor- und Nachteile. Er ist empfänglicher für Belastungen, er ist auch empfänglicher für unsoziale Wahrnehmungen, doch seine Gefühlsökonomie kann Ärger, Verdruss, Zorn und Wut weniger eingrenzen und bändigen. So bricht es oftmals aus ihm heraus. Hinter all dem verbirgt sich ein verändertes Selbst- und Rollenbild, ein verändertes Körperbild, das ihm zu schaffen macht. Doch zugleich öffnen sich hier neue Perspektiven:

„Früher waren es im Fußball, als ich Fußball gespielt habe, ja: Da hat man viermal die Woche trainiert, es war anders. Jetzt ist man mehr fokussiert auf Familie, aufs Leben, man ist, ja man freut sich zu Hause zu sein, einfach mal nichts zu machen. Zudem will ich mal ganz gerne wieder tanzen gehen, Kohlfahrten machen und tanzen und feiern, aber wer will das nicht“ (II, S. 41).

Am Sinnhorizont des Erzählten scheinen mehrere Paradoxien auf: Einerseits ist Herr E. enttäuscht über seinen Leistungsverlust und seine soziale Exklusion, andererseits bekommt er eine Ahnung davon, wie für ihn eine neue und nicht leistungsorientierte Lebenslage aussehen könnte. Einerseits ist Herr E. verzweifelt, wütend und voll innerer Aggressionen, nicht zuletzt auch wegen seiner erzwungenen Infragestellung der früher mit Stolz gelebten „klassischen Männlichkeit“ mit ihren Merkmalen „Kraft“ und „Härte“. Andererseits akzeptiert er mühselig und immer noch mit erkennbaren inneren Widerständen sein verändertes Körperbild und seine veränderte Performanz.

Herr F. (Angestellter)

Seine Erzählung eröffnet Herr F. mit einem Hinweis auf sein bisher sehr erfolgreiches und – wie er selbst sagt – „sein gutes Leben“: Als leitender Angestellter in einem norddeutschen Großunternehmen hatte er ein – wie er selbst anmerkte – „ein durchaus hohes Einkommen“, mit dem er Haus, Familie und auch sein weiteres Umfeld gut versorgen konnte. Zudem verwies er gleich zu Beginn des Interviews auf seine umfänglichen sportlichen Aktivitäten, die sich insbesondere auf Reiten, Tennis und Skifahren erstreckten. Beim Skifahren, gleich zu Beginn der Pandemie, steckt er sich mit dem Corona-Virus an. Herr F. sagt, bis dahin sei er „kerngesund“ gewesen. Anders als bei den vorangegangenen Fallbeispielen entwickelte sich die akute Covid-Erkrankung schnell zu einer dramatischen Form. Er wurde in ein künstliches Koma versetzt, in dem er fünf Wochen verbleiben musste. Während dieser Zeit kämpften Ärzte/-innen und Pflegekräfte um sein Leben, konnten aber nicht verhindern, dass Herr F. bleibende Gesundheitsschäden von sich trug. Es gab eine Gehirnblutung, die zu einer halbseitigen Lähmung führte. Es stellten sich weitere Probleme ein, so z.B. schwere Konzentrationsstörungen und das Fatigue-Syndrom. Herr F. muss sich eingestehen, dass sein Leben vollkommen verändert ist und kaum noch etwas vom früheren Leben bleibt. Die Krankenkasse hat ihn ausgesteuert, sein Einkommen ist minimiert, die Rentenversicherung bearbeitet seine Anträge nur schleppend. Seit Monaten

versucht Herr F. einen Ansprechpartner bei der Rentenversicherung zu finden – bisher ohne Erfolg. Er fühlt sich als Bittsteller abgestempelt. Sein Groll auf die Sozialversicherungsbürokratie ist sehr gut nachvollziehbar. Herr F. betont, dass seine Familie bisher zu ihm stehe und dass er dies als großes Glück empfinde. Immer wieder kommt er auf seine halbseitige Lähmung zu sprechen, die „eigentlich alles überschattet“. Herr F. will nicht aufgeben. Er absolviert Physio-, Ergo- und Logotherapie, und er trainiert – in „Eigenregie“ – täglich mehrere Stunden, um der Lähmung entgegenzuwirken.

„Wenn du so halbseitig gelähmt bist, ... (kannst du kein) vernünftiges Auftreten mehr haben. Und das kann ich nicht gewährleisten also von daher Und der emotionale Stress, das würde ich nicht aushalten, also ist mir mein ganzes Leben auf den Kopf gestellt, es ist eigentlich nichts mehr so, wie es war. (...) Also man muss sich, das ganze Leben, neu erfinden, man muss sich als Person neu erfinden. (...) Stellen Sie sich vor, dass sie zwanzig oder dreißig Jahre lang auf ein Ziel hinarbeiten, und dann auf einmal wird das so weggeschmissen, als wenn es gar nichts wäre, das ist kaum vorstellbar“ (I, S. 3 und 9).

In dieser Sequenz kommen mehrere Lebensaspekte zum Vorschein: der alte Lebensentwurf, der an Leistung und Erfolg ausgerichtet war, und dessen Verlust so schmerzlich erfahren wird, und die Suche nach dem neuen Entwurf. Deutlich wird das in dieser Biographie langjährig eingeschriebene Muster eines leibkörperlichen Habitus, der im äußeren „Auftreten“ den persönlichen Erfolg zeigt, oder in der Begrifflichkeit von Corbin/Strauss: die körperbetonte Performanz des Erfolgs. Eine derartige Performanz ist gebunden an ein Weltbild, als dessen Merkmale Markt, Konkurrenz, Stärke und Gewinn gelten können. Nun erfährt sich Herr F. als exkludiert und externalisiert. Er „erwacht“ gleichsam in einer ganz anderen Rolle: nicht mehr in der Rolle als erfolgreiche Führungsperson, sondern in der Rolle eines vom Sozialstaat abhängigen Behinderten, der aus Sicht der Erfolgsgesellschaft verachteten und Geächteten. Die Vermutung, dass der Protagonist vergangener Tage zu denen gehörte, die auf diese „Verlierer“ herabschauten, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Nun befindet sich Subjekt dieser Sichtweise selbst in der Rolle des Objekts. Das ist ein massiver biographischer Bruch, der durchaus als dramatisch anzusehen ist; doch mobilisiert Herr F. eine erstaunliche Lebensenergie, um sich diesem Bruch und der damit verbundenen neuen Lebensaufgabe zu stellen. Das Ausmaß der erforderlichen Bewältigungsarbeit, in den Worten von Corbin/Strauss: die Anstrengung der „Arbeitslinie an der Identität“, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Long-Covid als „psychische Erkrankung“ abzutun, ist reaktionär

Die sechs Fallgeschichten haben gezeigt, wie komplex die jeweilige Problemlage bei chronischer Krankheit ist. Zwar berichten die meisten Interviewpartner/innen von mehr oder weniger stressbedingten Phasen vor dem Krankheitseintritt, sodass Mutmaßungen über psychoneuro-immunologische Zusammenhänge möglich, aber nicht zwingend sind.

Gleichwohl wird die „Vor-Corona-Lebenszeit“ überwiegend positiv bewertet. Alle interviewten Personen haben ein Selbstbild, das von einem hohen Aktivitätsgrad, von Leistung und Erfolg geprägt ist. Vor der Infektion formulierten alle von sich ein überwiegend positives Körperbild. Fast alle waren vor ihrer Erkrankung sportlich aktiv. Für alle bedeutet die Krankheit einen tiefen Einschnitt in ihren Lebensverlauf oder gar einen biographischen Bruch. Alle haben mit Ignoranz, Benachteiligungen, Ausgrenzungen oder mangelnder sozialer oder mangelnder sozialrechtlicher Anerkennung zu kämpfen. Durch die Erzählungen schimmert immer wieder die dahinterliegende verborgene Existenzangst durch, d.h. die Angst vor sozialem Abstieg und sozialer Entwertung. Hinsichtlich der Frage „Gesundheit und Krankheit“ ist die biographische Ebene nicht nur mit der Auseinandersetzung in der medizinisch-therapeutischen Arena, sondern auch mit Auseinandersetzungen in den ökonomischen, sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen Arenen verknüpft. Es hat den Anschein, dass Long-Covid in seinen verschiedenen Dimensionen eine Problematik darstellt, die nicht in die tradierten „Behandlungsschemata“ der Medizin hineinpasst und damit auch nicht in jene des Sozialrechts und der Sozialpolitik.

In der Pathogenese der berichteten Krankheiten entfalten sich Schicht um Schicht somatische, d.h. pathophysiologische und psychische Momente zu einem engen und unentwirrbaren Konglomerat. So kann es spezifische psychische Motive oder Dispositionen geben, die durch einen körperlichen Anlass – und eine Infektion ist ein solcher Anlass – zum Ausbruch kommen. Ebenso möglich ist aber auch, dass eine körperliche Angegriffenheit aufgrund ungünstiger sozialer Umstände, welche ein psychisches Motiv erst erzeugen, sich gerade dadurch zu einer manifesten Krankheit auswächst. Körper und Seele sind derart ineinander verquickt, dass klare Trennungen und eindeutige Kausalitäten schwierig bis unmöglich sind. Einer so verstandenen psychosomatischen Medizin geht es „um die Dynamik der wechselseitigen Beziehungen zwischen den psychischen, körperlichen und sozialen Vorgängen in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit“.²⁰ Doch gerne beschränkt sich das übliche Verständnis der Psychosomatik auf die Psychogenese von Krankheiten. Im Medizinsystem ist oftmals eine stark vereinfachte und reduzierte Sicht zu beobachten, nach der somatische Symptome wie Schmerzen, Erschöpfung und Fatigue vorschnell als psychisch verursacht rubriziert und damit auch abqualifiziert werden. Somatische Erkrankungen werden oftmals psychiatrisiert, und soziale Einflüsse, welche Krankheit begünstigen und verschlimmern, werden ausgeblendet.²¹ Die Haltung, komplexe Erkrankungen wie Long-Covid als „rein psychisch“ abzutun, ist sozial- und gesellschaftspolitisch reaktionär. Long-Covid zeigt erneut die

²⁰ Christiane Eichenberg / Wolfgang Senf: Einführung Klinische Psychosomatik. Ernst Reinhard, München 2020, S. 11.

²¹ Sabine Flick: Biographisierung als Doktrin. Der biographische Blick in der Psychotherapie. In: Westend. Neue Zeitschrift für Sozialforschung. Band 17, 2020, Heft 2, S. 3-24.

Notwendigkeit einer sozio-psycho-somatisch erweiterten Betrachtung des Krankheitsgeschehens.²²

Die sozialen Abstiegsängste der Betroffenen sind evident. Entscheidend jedoch ist nicht in erster Linie der ökonomisch-finanzielle Aspekt, sondern der Aspekt der sozialen Missachtung. Die menschliche Geschichte und der andauernde Versuch, sich aus Abhängigkeiten zu befreien, kann als immerwährender Kampf und Anerkennung gedacht werden.²³ Diese Anerkennung misslingt oft, sodass Menschen Missachtungserfahrungen machen müssen. Solche Erfahrungen können regressive Reaktionen hervorrufen, die sich in Rückzugstendenzen und Depressionen, aber auch in Aggressionen äußern können.²⁴ Es leuchtet ein – und dies in allen neurophysiologischen bis psychoanalytischen Hinsichten –, dass Erfahrungen von Missachtung die zugrundeliegenden psychosomatischen Belastungen und Beanspruchungen noch erheblich verstärken. „Die erlittene Wunde löst hier einen depressiven, selbstzerstörerischen Prozess aus: Das Subjekt ist blockiert, es wirkt infolge der erfahrenen Missachtung geradezu erstarrt.“²⁵ Im Medizinsystem verkündete Verkürzungen, Ausblendungen und Abqualifizierungen bleiben bei den Betroffenen nicht ohne Folgen. In unseren Fallgeschichten schimmern Verunsicherungen und Selbstzweifel durch, zuweilen auch Momente von Erstarrung: *„Alle Tests sind gut. Warum geht's mir aber nicht gut?“* Der Kraftaufwand, gegen diese Zweifel sein Selbst wiederaufzubauen, ist erheblich und führt die Betroffenen immer wieder an die Grenze der Bewältigbarkeit.

Die hier vorgestellten von Long-Covid Betroffenen befinden sich in einer Identitätskrise. Identitäten sind das Ergebnis einer Auseinandersetzung zwischen einem personalen Leib-Selbst und den sozialen Rollen, Zumutungen und Zurichtungen, mit denen die Gesellschaft und ihre Institutionen das Individuum zu formen versucht. Das Ringen um Identität ist eine lebenslange Angelegenheit; insofern erleiden Identitäten immer wieder Brüche und bilden sich immer wieder neu, ja: sie bestehen letztlich aus sich teilweise überlagernden und teilweise widersprechenden Fragmenten. Das „Selbst“ eines Individuums ist die Synthese biologischer und gesellschaftlicher Triebkräfte, deren Gewichtung und Konstellation sich fortlaufend verändert. Entgegen der nur auf Rationalität ausgerichteten Sichtweise sind Individualität, Identität und Selbst immer leibkörperlich kontextuiert. „Das Selbst des Selbstbewusstseins ist nur dann und so lange überhaupt etwas, als es über den Leib verfügt.“²⁶ Im Deutschen können wir begrifflich zwischen der physisch-

²² Vgl. Wolfgang Söllner / Wolfgang Wesiak / Brunhilde Wurm: Soziopsychosomatik. Gesellschaftliche Entwicklung und psychosomatische Medizin. Springer, Berlin 1989; vgl. auch: Eichenberg/Senf, a.a.O., welche mit dem Begriff „bio-psycho-sozial“ operieren, der ebenfalls auf die gesellschaftlich eingebundene Komplexität von Krankheit abhebt.

²³ Axel Honneth: Kampf um Anerkennung. Zur Moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp. Frankfurt am Main 1992.

²⁴ Marco Solinas: Emotionen als Motivationsbasis für Sozialkämpfe. In: Zeitschrift für philosophische Forschung, Band 72, 2018, S. 232-245.

²⁵ Ebenda, S. 244.

²⁶ Volker Gerhardt: Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität. Stuttgart: Reclam, Stuttgart 1999, S. 200 f.

stofflich-funktionalen Körperlichkeit und der eher sozial eingebetteten und die seelisch-geistigen-Prozesse einbeziehenden Leiblichkeit unterscheiden. Mit Körper ist also das Physiologische, mit Leib das Lebendige, das Gespürte und Spürende, kurz: das leibhafte Sein des Menschen gemeint. Dem Anthropologe Helmuth Plessner folgend lässt sich sagen: „Ich habe einen Körper, aber ich bin mein Leib“, d.h. wir haben einen Körper, der funktionieren und Leistung bringen soll, doch „ein Mensch ist immer zugleich Leib“.²⁷ Gleichwohl sind Körper und Leib miteinander verschränkt, sodass wir immer auch „Leibkörper“ sind, der in irgendeiner Weise auch „funktionieren“ muss. Biographie impliziert einen immerwährenden Kampf um den „richtigen Körper“, d.h. einen Kampf um Anerkennung und Selbstwertfindung in der jeweils herrschenden Gesellschaft. Das vom Neoliberalismus bediente und befeuerte soziokulturelle Muster des gesunden und fitten Körpers trägt ein Übriges dazu bei.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass die präpandemisch-positiven Körperbilder unserer Interviewpartner/innen nicht so kohärent waren, wie es ihnen scheint. Doch immerhin ergab sich eine gewisse Kontinuität des leibkörperlichen Seins, die von der Krankheit mehr oder weniger jäh unterbrochen wurde. Schwere Krankheit begründet eine Grenzerfahrung, d.h. sie drängt uns in eine „Grenzsituation“ – ein von Karl Jaspers entlehnter Begriff.²⁸ Die Erfahrung einer Grenzsituation wird durch ein traumatisches Widerfahrnis – und eine schwere Krankheit kann durchaus als ein solches begriffen werden – ausgelöst. Dem Individuum wird gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen. „Die nachhaltige Wirkung des Traumas geht aber nicht nur von der unmittelbaren Bedrohung aus, sondern vor allem von der Durchbrechung der impliziten Grundannahme des ‚Und-soweiter‘, wie Husserl es ausdrückte: der stillschweigenden Erwartung, dass die Lebenswelt in ihrer Vertrautheit und Kohärenz konstant und verlässlich bleiben werde.“²⁹ Am Horizont erscheint die Möglichkeit von Verlassenheit, Elend und Tod. Fremdes dringt in den eigenen Körper ein, der nunmehr fremd wird, ein Gefühl von Bedrohung aufkommen lässt und Befürchtungen und Angst auslöst. Am Auffallendsten in unserer Untersuchung sind die Irritationen, die Trauer und auch die Verzweiflung der betroffenen Erkrankten angesichts ihrer veränderten leibkörperlichen Verfasstheit. Sie fühlen sich von ihrem ursprünglichen leibkörperlichen Selbst entfremdet – ihre tradierte körperliche Performanz scheitert. Doch zugleich versuchen sie, ihre neue Situation zu bewältigen, eine neue, ihren Möglichkeiten angepasste Performanz zu entwickeln, ihre neue Rolle zu finden und sich in ihre neue Rolle einzugewöhnen.

In unseren Fallgeschichten wird der Versuch sichtbar, dem eigenen Leben und den Lebenszusammenhängen achtsamer zu begegnen. Es wird sichtbar, dass die Betroffenen die eigene Gesundheit nicht mehr der Arbeit, der Leistung,

²⁷ Thomas Fuchs: Körper haben und Leib sein. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, Heft 3/2015, S. 144- 150.

²⁸ Thomas Fuchs: Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Die Graue Edition, Kusterdingen 2008, S. 148-171.

²⁹ Ebenda, S. 154.

dem gesellschaftlich konformen Funktionieren zu unterordnen bereit sind – ein Phänomen, das aus der Rehabilitationsforschung bekannt ist: „Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang die übergreifende Erkenntnis, dass sich durch die körperlichen und psychischen Grenzerfahrungen ein neues Selbstbild formt.“³⁰ Nach Corbin/Strauss kann man den Fallstricken einer nicht gelingenden Performanz entgehen, wenn es den Betroffenen und ihren Familien gelingt, die Krankheit zu kontextualisieren. Eine chronische Beeinträchtigung muss in die Biographie integriert werden. Die betroffene Person muss erkennen, was an ihr noch „das Alte“ ist und was „das Neue“. „Der Kranke muss herausfinden, welche Aspekte des Selbst vorübergehend oder für immer verloren sind bzw. kommen und gehen. Er muss ebenso herausfinden, welche Aspekte des Selbst geblieben sind und mitgenommen werden können, um biographische Kontinuität zu geben. Und er muss herausfinden, welche neuen Aspekte hinzugefügt werden können, die nicht unbedingt die alten ersetzen müssen, sondern der Biographie eine neue Bedeutung verleihen.“³¹ Leiblichkeit und Biographie müssen gleichsam neu justiert werden. Doch die Selbstkontextualisierung reicht nicht aus. Eine chronische Beeinträchtigung muss auch sozial, d.h. in unserem thematischen Zusammenhang: auch und insbesondere medizinisch, arbeitsweltlich und sozialrechtlich kontextualisiert werden. Die körperliche oder seelische Beeinträchtigung muss auch in das gesellschaftliche Geschehen integriert werden. Hierfür sind nicht nur „Arbeitslinien“ der erkrankten Person nötig, sondern auch solche der Institutionen und Organisationen, die auf das Leben der erkrankten Personen einwirken. Wie bereits angemerkt, mangelt es der bisherigen Forschung zu Biographie und Krankheit an der Einbeziehung sozioökonomischer und soziokultureller Rahmenbedingungen, in denen Krankheiten konstituiert sind und bewältigt werden müssen. Keine Gesellschaft ist frei von Macht und Herrschaft. Lebensverläufe sind gesellschaftlich eingebettet und insofern von strukturellen Einflüssen, insbesondere von ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen Ungleichheiten, mitbestimmt. Durch die in der vorliegenden Studie vorgestellten Fallgeschichten scheinen die vielfachen Enttäuschungen, Desillusionierungen, Verunsicherungen, Selbstzweifel, Ängste und gelegentlich auch Wut, Zorn und widerständiger Gestaltungswille durch, der sich nicht mit den Verhältnissen zufriedengeben will, den die Erkrankten vorfinden.

Stigmatisierung und sozialpolitische Exklusionserfahrungen

Gesellschaftliches webt sich in Biographisches ein, eine schmerzliche Erfahrung, die sich auf die Krankheit gleichsam aufschichtet. Dies wird von Herrn E. am Deutlichsten ausgedrückt: „*Wenn du krank bist, bist du nicht mehr tragbar in dieser Gesellschaft*“. Der kranke und nicht mehr leistungsfähige Mensch ist, gemessen an den Kriterien der kapitalistischen Leistungsgesellschaft, nichts mehr wert. Wenn immer mehr Lebensprozesse dem Warenmodus unterworfen

³⁰ Susanne Bartel: Return to Work im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Gesundheitsorientierung. In: Die Rehabilitation, Band 58, 2029, S. 172-180, hier: S. 178.

³¹ Juliet M. Corbin / Anselm L. Strauss, a.a.O., S. 88.

werden, liegt es in der Systemlogik, „dass die Individuen auch ihren Selbstwert immer mehr von ihrem Marktwert abhängig machen“.³² Die Welt der Krankheit fällt aus der Welt der Leistungsgesellschaft heraus. Krankheit, Schwäche, Anfälligkeit und Abhängigkeit sind mit Leistung, Stärke, Erfolg und Status nicht vereinbar.³³ Die von Krankheit Betroffenen drohen an ihrer eigenen Normalitätserwartung zu scheitern. Die Widerfahrnis von somatischer und psychischer Schwäche zerbricht den marktkonformen Selbstwert und fordert vom Individuum eine Neufindung des Selbst. Herr F. bringt es auf den Punkt: „*Man muss sich als Person neu erfinden.*“ Hierfür ist die Suche zurück zur Leiblichkeit eine unabdingbare Voraussetzung. Das Sich-Selbst-Spüren, was zunächst als Schmerz, als Verlust, als Niederlage empfunden wird, geht in einen Prozess der Metamorphose über, d.h. die Leibkörperlichkeit, der leibliche Eigensinn und die leibliche Eigenzeit wird nach und nach anders wahrgenommen, anders bewertet, anders be- und geachtet.

Erving Goffmann verdanken wir die soziologische Auseinandersetzung mit der Problematik des Stigmas und der Stigmatisierung.³⁴ Wenn die leibkörperliche Performanz, das Aktivitäts- und Leistungsniveau und die psychomentele Präsenz eines Individuums in Widerspruch zu den Normen der Gesellschaft geraten, läuft das Individuum Gefahr, in irgendeiner Weise „gebrandmarkt“ zu werden und von der sozialen Akzeptierung ausgeschlossen zu werden. Die „Andersheit“ wird zum Stigma, zum Zeichen, dass jemand nicht mehr vollständig dazugehört. Es kommt, selbst dann, wenn – wie es bei Long-Covid der Fall ist – äußerlich keine Merkmale zu sehen sind, aufgrund der veränderten Performanz zu einer Diskreditierung. Das betroffene Individuum ist einem sozialen Prozess der Identitätsbeschädigung ausgesetzt. Unsere Interviewpartner/-innen haben – mehr oder weniger ausgeprägt – Stigmatisierungserfahrungen machen müssen. Krankheit und Leistungsunfähigkeit sind das Kriterium: Die lakonische Anmerkung von Frau A. dazu: „*Dann bis du halt raus.*“ Die an Long-Covid Leidenden zeigen freilich ein anderes Reaktionsmuster als die von der bisherigen Forschung zu Krankheit und Biographie aufgezählten Merkmale.³⁵ Wir sehen weder Rückzug noch das Überspielen oder Kuvrieren des Stigmas, sondern Offenheit, manchmal gepaart mit Momenten von Verzweiflung, trotziger Lebenswille, zuweilen sogar Angriffslust. Selbstredend sehen wir angesichts der massiven Missachtungserfahrungen auch eine Infragestellung der eigenen Identität, doch wie sehen auch eine Infragestellung der herrschenden Einrichtung von Vergesellschaftung und institutioneller Sozialität. Zu bedenken ist freilich, dass unsere Studie keine Repräsentativität beanspruchen kann. Unsere Interviewten engagieren sich in Selbsthilfegruppen und sind bereit und willens, sich gegen Stigmatisierung zu wehren. Es ist anzunehmen, dass ein relevanter Anteil, wahrscheinlich sogar die Mehrheit der an Long-Covid Leidenden, eher zu

³² Thomas Fuchs: Körper haben, a.a.O., S. 145.

³³ Ernst von Kardorff, a.a.O.

³⁴ Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp. Frankfurt am Main 1967.

³⁵ Astrid Austerer / Oliver Radinger: Leben mit chronischer Krankheit. Facultas, Wien 2018, S. 100 f.

Rückzug und Resignation tendiert. In einer groß angelegten irischen Studie zeigt ein Drittel der Long-Covid-Patienten/-innen Zeichen einer schweren Depression.³⁶ Derart be- und getroffene Menschen neigen zu Isolation und zum Sich-ins-Schicksal-Ergeben. Entsprechende Studien lassen hierzulande noch auf sich warten. Doch gibt es keinen Grund, für Deutschland eine völlig andere Wahrnehmungs- und Bewältigungsweise anzunehmen.

Wie eingangs erwähnt, gibt der normative Rahmen unseres Sozialstaates vor, chronisch Erkrankten alle Möglichkeiten, die sie für eine Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitswelt benötigen, zukommen zu lassen. Das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) regelt – sobald eine chronische Erkrankung oder Behinderung eingetreten ist – die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation. Alle in diesem Zusammenhang notwendigen Behandlungen und Maßnahmen sollen „nahtlos“ ineinandergreifen. Die Rehabilitationsträger dürfen sich nicht mit dem Argument der „Zuständigkeiten“ zurückziehen, sondern sind gehalten, im Sinne einer erfolgreichen Teilhabe der Betroffenen sich eng zu koordinieren und zu verzahnen. Tertiärprävention und Rehabilitation sollen zudem mit einem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement verbunden werden. Schon vor der Pandemie waren dies schöne Worte, die nur in den seltensten Fällen der Realität entsprachen. Die Pandemie hat die Unzulänglichkeiten des – vom Gesetzgeber de jure sehr gut aufgestellten, doch für die Praxis völlig unterausgestatteten – Sozialversicherungssystems offensichtlich gemacht. Es zeigte sich erneut, wie Entscheidungen, Unterlassungen, Fehldeutungen und Uninteressiertheiten von Sozialversicherungsträgern, Behörden, Ämtern und Betrieben tief in die Biographien von Menschen eingreifen. Bei allen Interviewpartner/innen wird eine Sozialstaatsillusion sichtbar, die durch den Gang der Ereignisse enttäuscht, korrigiert und abgedämpft wird. Doch gänzlich aufgegeben werden die Hoffnungen in das medizinische Sozialrecht nicht. Christoph Butterwegge zeigt in seiner großen sozialpolitischen Studie³⁷, dass viele der klassischen Erscheinungsformen des deutschen Wohlfahrtsstaates seit der Jahrtausendwende schrittweise zurückgenommen werden und sich eine „Amerikanisierung“ der Sozialpolitik einbürgert; insbesondere wurde die krankheitsbedingte Erwerbsminderungsrente massiv gekürzt, was zu einem von Jahr zu Jahr steigenden Anteil an armutsbedrohten Personen führt. Die Versprechungen des Sozialstaates gelten für diesen Bevölkerungsanteil immer weniger. Die Neoliberalisierung der Sozialpolitik gebar ein soziokulturelles Klima der Verhöhnung sozial Benachteiligter. „Mit der ‚Agenda‘-Politik war ein sozialer Klimawandel verbunden, der Arme zum Objekt von Erniedrigung, Demütigung und Ausgrenzung machte. (...) Durch die Agenda 2010 und die Hartz-Gesetze haben sich der Sozialstaat, wie man ihn bis dahin kannte, und die deutsche Gesellschaft insgesamt merklich verändert. Gleichwohl ist sie für den damit verbundenen Wertewandel und den massenhaften Verlust an

³⁶ Liam O’Mahony: Impact of Long Covid on health and quality of life. Health Research Bord. 2022, Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9440374/pdf/hrbopenres-5-14747.pdf>

³⁷ Christoph Butterwegge: Die zerrissene Republik. Wirtschaftliche, soziale und politische Ungleichheit in Deutschland. Beltz Juventa, Weinheim 2020.

Lebensqualität für sämtliche Bevölkerungsschichten kaum sensibel: Erwerbslose, Arme und ethnische Minderheiten stoßen auf noch größere Ressentiments, wohingegen Markt, Leistung und Konkurrenz zentrale Bezugspunkte der Gesellschaftsentwicklung geworden sind.“³⁸ Diese wirkmächtige Kontextualisierung der von Krankheit betroffenen und erschütterten Biographien muss von den Biographieträgern/-innen erst einmal durchbrochen werden, um zu einer anderen, aufbauenden Bewältigungsweise zu kommen.

Das Erleben eines Long-Covid-Syndroms kann nicht nur im engen krankheitsbezogenen Kontext, sondern auch im näheren und weiteren sozialen und gesellschaftlichen Kontext als traumatische Erfahrung gesehen werden – mehr noch: Die Betroffenen sind mit der für sie zumeist neuen Erfahrung einer verweigernden Solidarität konfrontiert. Die vom Verwertungsdenken, Konkurrenzdenken und Egozentrik durchtränkte, atomisierte Gesellschaft gebiert Individuen, die sich abschotten gegenüber Leiderfahrungen – den eigenen wie denen Anderer. In einer falsch verstandenen stoizistischen Haltung – Dorothee Sölle benennt diese Attitüde mit den Begriffen der „Apathie“, der Wahrnehmungsunfähigkeit von Leid, und der „Attaraxie“, der ungenuten Tugend der Unerschütterlichkeit – wird Leidenden das Mitempfinden verweigert. „Sozial und politisch gesprochen ist die Attaraxie ein Oberklassenideal, so wie der apatische Gott nicht der Gott der kleinen Leute und ihrer Schmerzen ist.“³⁹ Die Mitleidlosigkeit folgt einem Kultus der Stärke, der auch angesichts großen Elends sich rühmt, nicht einer Schwäche oder Weichheit nachzugeben, sondern „alles durchzuhalten ohne Erschütterung“ – „die „stoische Apathie, an der die bürgerliche Kälte, das Widerspiel des Mitleids, sich schult“.⁴⁰ Gesundheitliche Schwäche wird als soziale Schwäche interpretiert, von der man sich radikal abgrenzt. Den Schwachen wird das Recht auf Teilhabe – und in der radikalen Konsequenz das Recht auf Leben – abgesprochen. Die Corona-Pandemie hat in vielen Bereichen unserer Gesellschaft die dem radikalliberalen Kapitalismus inhärente sozialdarwinistische Deutungs- und Handlungsmuster reaktiviert. Long-Covid stört den von der rohen Bürgerlichkeit geführten Freiheitsdiskurs.

Das Leid der Betroffenen wirft unschöne Schatten auf die tradierte „heile Welt“, eine Illusion, die in der Gegenwart insbesondere vom Neoliberalismus genährt wird. Long-Covid⁴¹ könnte demgegenüber eine Chance sein, die Leitgedanken einer auf Kapitalverwertung ausgerichteten leistungs- und erfolgsorientierten Gesellschaft kritisch zu überdenken. Der französische Philosoph Jean-Luc Nancy brachte in seinen Überlegungen zur Corona-Pandemie Naturzerstörung und Sorge miteinander in Verbindung.⁴² Es geht Nancy um ein sorgenden Mit-Sein, um die Verantwortung für den anderen

³⁸ Ebenda, S. 365.

³⁹ Dorothee Sölle: Leiden. Kreuz-Verlag, Stuttgart 1973, S. 128.

⁴⁰ Max Horkheimer / Theodor W. Adorno: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Fischer Wissenschaft. Frankfurt am Main 1988, S. 109 f.

⁴¹ Wie eingangs erwähnt, sollte in den Problemzusammenhang auch das Post-Vac-Syndrom einbezogen werden.

⁴² Jean-Luc Nancy: Ein allzumenschliches Virus. Passagen, Wien 2021

Menschen, für das Leben auf diesem Planeten. Pandemien – grade auch, wenn sie sich auf Zoonosen gründen – sind immer auch Ausdruck einer Krise gesellschaftlicher Naturverhältnisse. Die Aggressivität, die SARS-CoV-2 anhaftet, hat viel zu tun mit der globalen Umweltverschmutzung, der Zerstörung natürlicher Lebensräume, mit Entwaldung und durch imperial-globale Technologien erzeugte neuen biologischen und sozialen Gefährdungslagen. Das alles wollen die eingangs erwähnten Corona-Zweifler nicht sehen.⁴³ Long-Covid-Erkrankungen werden entweder nicht wahrgenommen oder kleingeredet. Es verwundert insofern kaum, dass oftmals in einem Atemzug Zweifel am menschengemachten Klimawandel und an der ernsthaften Gesundheitsgefährdung durch SARS-CoV-2 formuliert werden. So greift sich beispielsweise Alexander Meschnig – ein Soziologe, der selbst zu chronischen Krankheiten forscht – in einem Beitrag auf der rechtslastigen Plattform „Achgut.com“ hoch selektiv einzelne problematische Aussagen vom Impfbefürwortern heraus, um damit das ganze Corona-Thema abzuwürgen.⁴⁴ Meschnig versteift sich – das wird in weiteren Beiträgen von ihm deutlich⁴⁵ – in einem Rundumschlag dazu, in der Bevölkerung eine „Klimahysterie“ zu beklagen, auch gut begründete Gesundheitsschutzmaßnahmen als Vorboten einer „Gesundheitsdiktatur“ und die unleugbar massenhaft auftretenden Covid-Erkrankungen als „Massenpsychose“ zu diskreditieren. Dass er damit sowohl Umwelt- und Gesundheitsaktivisten und –aktivistinnen wie insbesondere auch die von Long-Covid Betroffenen verspottet und brandmarkt, ist von ihm intendiert. Er verfällt mit seinen aggressiven Attacken schließlich selbst in eine von ihm kritisierte „Sprache des Unmenschen“. Solchen Meinungsmachern entschieden und mit empirisch gestützten Informationen entgegenzutreten, tut not.

⁴³ Z.B. Sandra Kostner, a.a.O.

⁴⁴ Alexander Meschnig, a.a.O.

⁴⁵ Alexander Meschnig, Beitrag im Dezember 2021:

https://www.achgut.com/artikel/die_rote_linie_ist_bei_corona_laengst_ueberschritten