

Soziale Arbeit und Long Covid

Faktenwissen und Überlegungen für die Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit und Gesundheit

Cornelia Rügger & Chantal Britt

In vielen Ländern hat die SARS-CoV-2-(Covid)-Pandemie in der öffentlichen Diskussion an Schrecken verloren. Vergessen werden Menschen mit gesundheitlichen Langzeitfolgen. Expert*innen schätzen, dass Stand Ende 2022 weltweit 65 Millionen und in Europa 17 Millionen von der Post-Covid-19-Erkrankung, bzw. von Long Covid (LC), betroffen sind (Davis et al. 2023; Wise 2022). Bei einer beträchtlichen Anzahl chronifizieren sich körperliche und funktionelle Beschwerden, Belastungsintoleranz erschwert Tätigkeiten in Familienleben, Freizeit, Arbeit und Schule. Lebensqualität und Leistungsfähigkeit nehmen ab und nicht selten kommt es zu desintegrativen Prozessen. Betroffene benötigen langfristig eine interdisziplinäre Gesundheitsversorgung, Betreuung und Unterstützung in allen Lebensbereichen. Diese fehlt aber noch weitgehend. Der Beitrag liefert aktuelles Wissen zu Long Covid und gibt Hinweise zu sozialen Folgeproblemen. Auf dieser Basis werden Folgerungen für die Soziale Arbeit abgeleitet.

Empirisches Wissen zu Long Covid für die Soziale Arbeit

In den meisten Ländern haben sich rund drei Viertel der Bevölkerung mindestens einmal mit SARS-CoV-2 infiziert (Zaballa et al. 2023). Generell erhöht die Infektion u. a. das Risiko für Herz- und Gefässerkrankungen, degenerative neurologische Krankheiten (Li et al. 2022) und Diabetes (Rezel-Potts et al. 2022). Studien zu den Langzeitfolgen zeigen je nach Datenbasis und Methodik unterschiedliche Ergebnisse: Gemäß Review von Ballering et al. (2022) leiden ca. 13 Prozent der Infizierten nach drei bis vier Monaten an Long-Covid-Beschwerden. In einer Genfer Studie (Nehme et al. 2022a) zeigen 37,0 Prozent der Infizierten nach sieben Monaten Long-Covid-

Symptome und über die Hälfte dieser Betroffenen hat sich auch nach 15 Monaten nicht vollständig erholt; die Symptome haben sich chronifiziert. Die Pathogenese wird unvollständig verstanden. Als Ursachen gelten Viruspersistenz, Immun-Dysregulierung, Dysbiose, Mikrogerinnsel und endotheliale Dysfunktion (bspw. Proal & Van Elzacker 2021). Zu den Risikofaktoren gehören weibliches Geschlecht, Autoimmunreaktionen und Allergien (Davis

Die häufigsten Symptome sind Fatigue, Belastungsintoleranz, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen, Schmerzen und post-exertionelle Malaise (PEM).

et al. 2023). Ein Großteil der Betroffenen hatte vor Covid keinerlei körperliche oder psychische Vorerkrankungen (LCS 2022). Die häufigsten Symptome sind Fatigue, Belastungsintoleranz, kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen, Schmerzen und post-exertionelle Malaise (PEM), eine Symptomverschlechterung nach körperlicher oder kognitiver Überbelastung oder starken Emotionen (Nehme et al. 2022b). Nehme et al. erwarten, dass diese chronischen postinfektiösen Beschwerden über Jahre Auswirkungen auf Gesundheitszustand, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität haben und eine intensivere Betreuung und Unterstützung erfordern.

Am belastendsten für Betroffenen ist die PEM (LCS 2022), die die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Diese Symptomverschlechterung (Crash), die Stunden

oder Tage später auch nach leichter Alltagsanstrengung auftreten kann, wird von Betroffenen als Kombination aus Grippe, Kater, Jetlag oder allergischer Reaktion beschrieben und kann Tage oder Wochen anhalten. PEM ist das Leitsymptom der myalgischen Enzephalomyelitis (chronisches Erschöpfungssyndrom ME/CFS), einer neuroimmunologischen Erkrankung, die in Forschung und Versorgung vernachlässigt wurde (z. B. Mirin et al. 2020). Bei bis zur Hälfte der chronischen Patient*innen kann ME/CFS diagnostiziert werden (Kedor et al. 2021), und Expert*innen rechnen durch Long Covid mit einer Verdoppelung der ME/CFS-Betroffenen (Renz-Polster & Scheibenbogen 2022).

Probleme der Lebensführung:

Die soziale Dimension von Long Covid
Mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Krankheit erstaunt es nicht, dass bei monate- oder gar jahrelangen somatischen Beschwerden die Lebensqualität abnimmt (z. B. Logue et al. 2021) und psychische (z. B. Bisenius & Kersting 2022) sowie soziale Probleme resultieren. Zwei Drittel können nicht mehr voll arbeiten oder zur Schule gehen (LCS 2022). Es drohen Jobverluste und eine auslaufende Krankentaggeldversicherung. Rentenleistungen der Invalidenversicherung (Schweiz) sind ungewiss, weil sie an die Objektivierbarkeit der Leiden gebunden sind (www.covid-langzeitfolgen.ch). Viele werden auf Sozialhilfe angewiesen sein. Qualitative Studien zu den Auswirkungen von Long Covid auf die Lebensführung und Lebensbewältigung sind ausstehend, aber eine laufende Vorstudie von Rügger (qualitative Interviews) mit Betroffenen gibt erste Hinweise. In allen Fällen zeigen sich Erschütterungen des „Lebensführungssystems“ (Sommerfeld 2021; Sommerfeld et al. 2016) und ein



Leidensdruck, wie sich exemplarisch im Zitat zeigt: „Ich bin nicht mehr der Mensch wie früher. Es geht nichts mehr spontan. (...) Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr zum Team gehöre, wie entfremdet. Es gibt nicht viele Tage, wo ich wohl und glücklich bin. Das Perfide ist PEM. Manchmal denke ich, ich mag gar nicht mehr kämpfen, ich habe genug“ (Monika M., 35 J., Gastrobranche, 1,5 Jahre LC).

Selbstverständnis und bisherige Normalitätserwartungen sind in Frage gestellt. Muster der Lebensführung und Lebensbewältigung können aufgrund der somatischen Symptome nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden. Je nach Schwere der Erkrankung kann bereits ein Gespräch am Familientisch, die Zugfahrt zum Arztbesuch, aber auch ein Moment starker Freude zu belastend sein und einen Crash auslösen, der in sich krisenhaft sein kann, mit körperlichem und oft auch psychischem Erleiden einhergeht und die Angehörigen mitbedingt. Körperliche und mentale Ressourcen, bei-

Aus Sicht der Interviewten hilft es, wenn sie sich vom Hilfesystem, von Angehörigen und Arbeitgebenden ernst genommen fühlen, sie aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und soziale Unterstützung erfahren.

spielsweise für Kinderbetreuung, Haushaltsführung, Erwerbsarbeit, sind reduziert. Soziale Interaktionen sind limitiert, weil nur noch kurze Gespräche mit einer Person in ruhiger Umgebung möglich sind. Die im Tagesverlauf zur Verfügung stehende Energie wird meist in die (Teil-)Arbeitsfähigkeit und/oder Kinderbetreuung investiert. Viele

leiden an sozialer Isolation: „Long Covid macht einsam“ (Dario A., 55 J., Soziologe, 1 Jahr LC).

Letztlich ist die Form der Integration in diverse Handlungssysteme betroffen. Bisherige Positionen (als fürsorglicher Vater, Leistungsträgerin im Unternehmen, emphatische Kollegin etc.) und entsprechende Erwartungen aus dem Umfeld können nicht oder nur eingeschränkt erfüllt werden. Bei ungünstigen Verläufen führt dies zu desintegrativen Prozessen (Arbeitsplatzverlust, Überforderung von Angehörigen, Rückzug von Freund*innen), die potenziell zu Determinanten für den weiteren Krankheitsverlauf werden. Der ungewisse Verlauf der Erkrankung, begrenzte Selbstwirksamkeit im Krankheitsmanagement, Existenzsorge und ungeklärte versicherungsrechtliche Fragen sind weitere belastende Faktoren (auch Jötten 2022): „Kein Mensch kann mir das beantworten [Fragen zur sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Situation]. Ich fühle mich allein gelassen“ (Doris A., 25 J., Hebamme, 2 Jahre LC).

Therapeutische Ansätze

Eine Chronifizierung bedeutet für Betroffene, dass sie sich mit einer allfalls lebenslang persistierenden neuroimmunologischen Erkrankung arrangieren müssen (Davis et al. 2023). Da keine Therapien für Fatigue, Belastungsintoleranz und kognitive Dysfunktion – die wichtigsten Long Covid-Symptome – etabliert sind, steht die Linderung einzelner Beschwerden im Vordergrund (Renz-Polster & Scheibenbogen 2022). In der Praxis wird Betroffenen wegen fehlender etablierter (medikamentöser) Behandlungsoptionen vor allem Pacing, eine Strategie für Energiemanagement, verordnet (Nehme et al. 2022b). Oft wird auch Physiotherapie verschrieben, obwohl körperliche Aktivität bei Long Covid meist schädlich ist (Wright et al. 2022). ME/CFS-Spezialist*innen halten psychosomatische Hypothesen zur Pathogenese von ME/CFS und Long Covid heute für unhaltbar (Renz-Polster & Scheibenbogen 2022). Durch fehlende diagnostische Biomarker wird die Rol-

le der psychischen Gesundheit bei Entstehung und Chronifizierung jedoch weiterhin kontrovers diskutiert, insbesondere die Wirksamkeit aktivierender Physiotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie (Newman 2021). Fachleute und Betroffene sind sich über Ursachen und Therapien oft uneinig, insbesondere bei der Primärdiagnose funktionelle Störung. Dies führt zu Spannungen, mangelndem Vertrauen und Frustrationen (Tschopp et al. 2023). So betrachten Ärzt*innen Betroffene mit chronischer Fatigue als die „schwierigsten“ Patient*innen (Hahn et al. 1996). Unumstritten ist, dass sich Psychologisierung nachteilig auswirkt; zu Fehldiagnosen und durch Fehlbehandlungen zu Symptomverschlechterungen führen kann (z. B. Davis et al. 2023). Die WHO fordert, dass Betroffene mit Krankheitserfahrung aktiv in Entscheidung über Behandlungsansätze miteinbezogen werden, um sicherzustellen, dass interdisziplinäre Versorgungspfade und Unterstützungsangebote ad-

äquat sind und den Bedürfnissen der Patient*innen entsprechen (Kluge et al. 2022). Ein partizipatives personenzentriertes Vorgehen ist u.E. in Forschung, Gesundheitsversorgung und der Sozialen Arbeit für die komplexen Herausforderungen im Umgang mit dieser Erkrankung unumgänglich.

Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Die soziale Dimension von Long Covid zeigt sich in einschneidenden Veränderungen der Lebensführung, im Verlust von Ressourcen und in desintegrativen Prozessen. Existenzielle Probleme, versicherungsrechtliche Unsicherheiten, soziale Isolation, begrenzte Selbstwirksamkeit im Krankheitsmanagement, bedrohte Sinn- und Identitätsbezüge sind nur einige Beispiele. Es stellen sich Bewältigungsaufgaben, die je nach Schwere der Erkrankung einen mehr oder weniger weitreichenden Wandel des Lebensführungssystems bedingen. Diesen Wandel zu begleiten, Stabilitätsbedin-

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

- Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma

gungen zu schaffen und Betroffene bei der Bewältigung zu unterstützen, ist Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (Sommerfeld 2021). Die Belastungsintoleranz bedarf dabei besonderer Aufmerksamkeit. Sie stellt für die Lebensführung im Alltag und die Arbeits(re)integration eine große Herausforderung dar. Jeder Crash ist mit Blick auf eine mögliche Chronifizierung zu verhindern (LCS 2023a). Gerade weil bei LC-Betroffenen Antrieb und Motivation in der Regel nicht reduziert sind, fällt es ihnen oft schwer, innerhalb der reduzierten Energiegrenzen zu bleiben. Das erfordert einen sozialdiagnostischen Blick auf das Individuum, die eigenen Muster der Lebensführung inklusive Krankheitsbewältigung, Ressourcen, persönliche Hindernisse beim Pacing, wie auch auf die Rollen, Aktivitäten und Interaktionsmuster in Familie und Partnerschaft, Arbeit usw. im Sinne der realen Integrationsbedin-

gungen/-anforderungen sowie auf entsprechende krankheitsverstärkende zirkuläre Dynamiken. Methodische Ansatzpunkte (Sommerfeld et al. 2016; adaptiert für LC) richten sich auf:

- Schaffen von Stabilitätsbedingungen/Ressourcenerschließung (materielle Grundbedingungen, Sozialversicherungen, alltagspraktische Entlastung etc.)
- Bildung/Krankheitsbewältigung (Pacing, Emotionsregulation, identitätsbezogene Arbeit, Organisation von Austausch unter Betroffenen etc.)
- Interventionen in soziale Systeme wie Familie/Partnerschaft, Arbeit/Schule (Arbeit an förderlichen Integrationsbedingungen, Anstoßen von Reflexionsprozessen im System zwecks Auflösen beeinträchtigender Dynamiken, z. B. über Beratung von Arbeitgebern/Angehörigen (LCS 2023b), Job-Coaching, Familienbegleitung etc.)

- Befähigungen/Verwirklichungschancen (Schaffen von Capabilities, die trotz oder mit LC ein subjektiv gutes Leben ermöglichen können)

Die Soziale Arbeit kann dabei auf ihre Basiskompetenzen (Case Management, psycho-soziale Beratung, Netzwerkarbeit) und bekannte Wirkfaktoren (z. B. Recovery-Forschung) zurückgreifen. Aus Sicht der Interviewten hilft es, wenn sie sich vom Hilfesystem, von Angehörigen und Arbeitgebenden ernst genommen fühlen, aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und soziale Unterstützung erfahren. Maßnahmen zur Arbeitsreintegration bzw. Anpassungen der bisherigen Tätigkeiten sollen den Möglichkeiten der Person angepasst werden, möglichst sinnvoll sein und die Autonomie stärken, ohne die Verantwortung für die gelingende Arbeits(re)integration gänzlich an die Betroffenen zu delegieren.

Literatur:

Ballering, A. V.; van Zon, S. K. R.; Olde, H.; Tim, C.; Rosmalen, J. G. M. (2022): **Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study.** In: *Lancet*, 400 (10350), S. 452–461.

Bisenius, S.; Kersting, A. (2022): **Psychosomatische Aspekte von Long-Covid.** In: *MMW Fortschritte der Medizin*, 164 (1), S. 40–41.

Davis, H. E.; McCorkell, L.; Moore Vogel, J.; Topol, E. J. (2023): **Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations.** In: *Nat Rev Microbiol*, online verfügbar: 10.1038/s41579-022-00846-2 (31.1.23).

Hahn, S. R.; Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Brody, D.; Williams, J. B.; Linzer, M.; de Gruy, F. V. (1996): **The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment.** In: *Journal of general internal medicine* 11 (1), S. 1–8.

Jötten, F. (2022): **Long Covid. Hilfe für Betroffene und Angehörige.** Zürich: Beobachter-Edition.

Kedor, C.; Freitag, H.; Meyer-Arndt, L.; Wittke, K.; Zoller, T.; Steinbeis, F. et al. (2021): **Chronic COVID-19 Syndrome and Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) following the first pandemic wave in Germany – a first analysis of a prospective observational study.** In: *Nat Commun*, 13 (5104), S. 1–13.

Kluge, H. H. P.; Muscat, N. A.; Mishra, S.; Nielsen, S.; Tille, F.; Pfeifer, D. et al. (2022): **Call for action: Health services in the European region must adopt integrated care models to manage Post-Covid-19 Condition.** In: *Lancet Reg Health Eur*, 18 (100435), online verfügbar: 10.1016/j.lanepe.2022.100435 (31.1.23).

LCS (2022): **Umfrage zu Long Covid-Betroffenen in der Schweiz.** Online verfügbar: <https://bit.ly/LongCovid2022> (31.1.23).

LCS (2023a): **Ratgeber Long Covid 1. Zurück zur Arbeit, Teil 1.** Online verfügbar: <https://long-covid-info.ch/wp-content/uploads/2023/01/Ratgeber-Arbeitgeber-Teil-1-.pdf> (31.1.23).

LCS (2023b): **Ratgeber Long Covid 2. Zurück zur Arbeit Teil 2.** Online verfügbar: <https://long-covid-info.ch/wp-content/uploads/2023/01/Ratgeber-Arbeitgeber-Teil-2.pdf> (31.1.23).

Li, Ch.; Liu, J.; Lin, J.; Shang, H. (2022): **COVID-19 and risk of neurodegenerative disorders: A Mendelian randomization study.** In: *Translational psychiatry* 12 (1), S. 283.

Logue, J. K.; Franko, N. M.; McCulloch, D. J.; McDonald, D.; Magedson, A.; Wolf, C. R.; Chu, H. Y. (2021): **Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection.** In: *JAMA network open* 4 (2), e210830. Online verfügbar: 0.1001/jamanetworkopen.2021.0830 (31.1.23).

Mirin, A. A.; Dimmock, M. E.; Jason, L. A. (2020): **Research update: The relation between ME/CFS disease burden and research funding in the USA.** In: *Work*, 66 (2), S. 277–282.

Nehme, M.; Braillard, O.; Chappuis, F.; Gues-sous, I. (2022a): **The chronification of post-COVID condition associated with neurocognitive symptoms, functional impairment and increased healthcare utilization.** In: *Scientific reports* 12 (1). Online verfügbar: 10.1038/s41598-022-18673-z (31.1.23).

Nehme, M.; Chappuis, F.; Kaiser, L. et al. (2022b): **The Prevalence, Severity, and Impact of Post-COVID Persistent Fatigue, Post-Exertional Malaise, and Chronic Fatigue Syndrome.** In: *J GEN INTERN MED*, online verfügbar: 10.1007/s11606-022-07882-x (31.1.23)

Newman, M. (2021): **Chronic fatigue syndrome and long covid: moving beyond the controversy.** In: *BMJ*, online verfügbar: 10.1136/bmj.n1559 (31.1.23).

Proal, A. D.; Van Elzaker, M. B. (2021): **Long COVID or Post-acute Sequelae of COVID-19 (PASC): An Overview of Biological Factors That May Contribute to Persistent Symptoms.** In: *Front. Microbiol*, 12, online verfügbar: 10.3389/fmicb.2021.698169 (31.1.23)

Renz-Polster, H., Scheibenbogen, C. (2022): **Post-**

COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. In: *Innere Medizin*, 63, S. 830–839.

Rezel-Potts, E.; Douiri, A.; Sun, X.; Chowieniczky, P. J.; Shah, A. M.; Gulliford, M. C. (2022): **Cardiometabolic outcomes up to 12 months after COVID-19 infection. A matched cohort study in the UK.** In: *PLoS medicine* 19 (7). Online verfügbar: 10.1371/journal.pmed.1004052 (31.1.23).

Sommerfeld, P. (2021): **Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit.** In: Dettmers, S., Bischkopf, J. (Hg.): *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit.* München: Ernst Reinhardt, S. 28–38.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rüegger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.** Wiesbaden: Springer.

Tschopp, R.; König, R. S.; Rejmer, P.; Paris, D. H. (2023): **Health system support among patients with ME/CFS in Switzerland.** In: *Journal of Taibah University Medical Sciences.* Online verfügbar: 10.1016/j.jtumed.2022.12.019 (31.1.23).

Wise, J. (2022): **Covid-19: WHO urges action as 17 million long covid cases are estimated in Europe.** In: *BMJ*, 378. Online verfügbar: 10.1136/bmj.o2232 (31.1.23).

Wright, J.; Astill, S.; Sivan, M. (2022): **The Relationship between Physical Activity and Long COVID: A Cross-Sectional Study.** In: *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(9). Online verfügbar: 10.3390/ijerph19095093 (31.1.23)

Zaballa, M. E.; Perez-Saez, J.; Mestral, C.; Pullen, N.; Lamour, J.; Turelli, P. et al. (2023): **Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies and cross-variant neutralization capacity after the Omicron BA.2 wave in Geneva, Switzerland: a population-based study.** In: *Lancet Reg Health Eur*, 24. Online verfügbar: 10.1016/j.lanepe.2022.100547 (31.1.23).