

BASYS

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

Thema: Rückkoppelung und Teufelskreis

Inhalt	
Worte der Redaktion	1
Präsentation des BASYS-Themenheftes „Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung“	2
Das ASYS-Herbstfest 2023	5
Supervision durch die Brille der Rückkoppelung	7
Die Krankheit, die es nicht geben soll	29
Bücher	57
Feuilleton	59
Des Teufels liebste Kreise!	59
Termine	61



Die verantwortliche Nutzung der Willensfreiheit heißt: Kleine Schritte machen und abwarten, wie es sich im Verbund entwickelt!

Hans-Peter Dürr

BASYS

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision
ISSN 2072-0416

Herausgeber und Eigentümer:

Arbeitskreis für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision
Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Redaktion:

Prof. Dr. Walter Milowiz

DSA Renate Fischer

Verleger und Vertrieb:

Prof. Dr. Walter Milowiz, Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzungen, Nachdruck, Vervielfältigung jeder Art, Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Worte der Redaktion

Liebe Kolleg*innen,

pünktlich zum Schreiben des Editorials und überaus passend für dieses Heft bin ich einem verflixten Teufelskreis entkommen. Begonnen hat es - wie so oft, wenn der Teufel seine Hand im Spiel hat - ganz unspektakulär mit verstopfter Nase, ein bisschen Kopfweh und Müdigkeit. Eine kleine Unpässlichkeit halt, die sich dank großer Arbeitsflut relativ leicht ignorieren ließ. Mein Körper sagte: Hey, ich bin müde. Ich antwortete: Tut mir leid, es passt grad nicht.

Eine Woche später waren die Symptome deutlich stärker, die Arbeit aber nicht deutlich weniger geworden. Verärgert über den unpassenden Zeitpunkt beschloss ich, wohl oder übel übers Wochenende ein bisschen kürzer zu treten. Mein Körper, erfreut über den passenden Zeitpunkt, beschloss mir zu zeigen, dass es mit „ein bisschen kürzertreten“ nicht getan sein werde. Drei Tage später hatte mein Verstand das dann auch begriffen. Ich ging zum Arzt, der diagnostizierte eine Nebenhöhlenentzündung und verordnete Ruhe, Medikamente und Krankenstand. Okay, dachte ich, dann halt mal schnell entspannen ... hopp, hopp, aber flott, ich hab schließlich nicht die ganze Woche Zeit! Mein Körper, der doch nun hatte, was er wollte, wollte nicht, was er bekam. So kann ich nicht entspannen, raunte er und hatte weiterhin die Nase voll.

Systemisch geübte Leser*innen nicken jetzt bereits: eh klar, ein Teufelskreis. Wenn sich alles, was gedacht, gesagt und gemacht wird, auf eine Weise rückkoppelt, die das bestehende Muster verstärkt, dann hat der Teufel oftmals seine Freude daran. Das funktioniert im Kleinen wie im Großen, wie wir wissen.

Dieses Heft beschäftigt sich also mit des Teufels Freuden und darüber hinaus ganz generell mit der lohnenden Betrachtung von Rückkoppelungsprozessen. Alexandra Lidl lädt uns mit ihrer Abschlussarbeit dazu ein, Supervision durch die Brille der Rückkoppelung anzuschauen. Eine Einladung, der man unbedingt folgen sollte, spannt sie doch einen interessanten und übersichtlichen Bogen von der Theorie bis hin zur praktischen Umsetzung. Christian Reininger und Walter Milowiz machten sich ebenfalls mit der Rückkoppelungsbrille auf den Weg. Sie nahmen die kommunikativen Aspekte rund um Post Covid unter die Lupe und führen uns durch Teufelskreise, die allein schon beim Lesen schwindlig machen können.

Beiden Artikeln gemeinsam ist der Faktor Zeit. Es brauchte ganz sicher Zeit, diese Beiträge zu erdenken und zu schreiben. Und es braucht auch Zeit, sie zu lesen und sich deren Inhalte im eigenen Leben nutzbar zu machen. Zeit ist meines Erachtens ganz generell der Subtext dieses Heftes. Rückkoppelung passiert zwar meist schnell und unreflektiert. Was daraus entsteht bringt aber oft genug Sand ins Getriebe. Es liegt an uns, zu entscheiden, ob wir uns die Zeit nehmen, den Sand zu entfernen, um die dahinterliegenden Interaktionsmuster zu erforschen.

Der Vorstand von ASYS hat sich dieses Jahr auf jeden Fall die Zeit genommen und einige erfolgreiche Aktivitäten gesetzt. In diesem Heft könnt ihr die Berichte von zwei spannenden Veranstaltungen unseres Vereins nachlesen: der Präsentation des letzten BASYS-Themenheftes mit dem Schwerpunkt „Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung“ im Mai dieses Jahres und dem ASYS-Herbstfest mit dem Titel „Verlust und Bewältigung“ im September dieses Jahres. Ein großes Danke an Joachim Malleier und Brigitte Mayr für die erfolgreiche Mitgestaltung dieser Veranstaltungen und die tollen Beiträge zum jeweiligen Thema.

Wie immer finden sich in diesem Heft auch wieder Buchrezensionen, eine herzliche Einladung zum Mittag im Verein ASYS und ein paar Termine für den Kalender. Wer darüber hinaus noch Zeit hat, für den hält im Feuilleton der Teufel noch eine kleine Liste seiner liebsten Kreise bereit. Vielen Dank an die ASYS-Lehrtrainer:innen für die filmischen Inputs dazu und herzlichen Dank an meinen Kollegen Mahmoud Yousef für die grafische Umsetzung meiner Idee.

Abschließend noch ein Wort zu meinem eingangs erwähnten Teufelskreis: mein Körper und ich, wir drehten uns letztlich so lange im Kreis, bis wir die meisten der Termine, die ich keinesfalls versäumen wollte, versäumt hatten. Danach fand ich das Nichtstun eigentlich ganz okay und als ich mich damit endlich gut arrangiert hatte ... war ich gesund.

Ich wünsche euch eine spannende Zeit mit diesem Heft und freue mich auf ein Wiedersehen im nächsten Jahr.

Renate Fischer

Präsentation des BASYS-Themenheftes „Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung“

am 11. Mai im ASYS-Büro

Ein Rückblick

Nachdem wir gegen 21 Uhr das Gefühl hatten, das soeben eine gelungene Veranstaltung zu Ende gegangen war, fassten wir – beinahe mutig – den Entschluss die Besucher:innen per Email um Wortspenden zu bitten.



Der Ablaufplan:

- Begrüßung
- BASYS Historie
- Kurzer Ausschnitt „Hinter den Kulissen“
- (ein Coachingroman von Renate Fischer/ Klaus Kimbacher)
- Zusammenfassung Heft Schwerpunkt „Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung“
- Präsentation dreier Ereignisse der Diplomarbeit „Vom Matrosen zum Kapitän“ von Joachim Malleier zu den Themen „Zeit“, „Raum“ und „Autorität“ unter Einbeziehung des Publikums.



Wortspende Walter Milowiz

Der Moderator Klaus Kimbacher führte souverän durch ein Programm, das von der Geschichte der BASYS, der Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision, über eine einleitende Lesung von Renate Fischer aus deren und Klaus Kimbachers kürzlich erschienenem einschlägigen Buch zum Kern der Veranstaltung, der „Zitatesammlung“ aus Joachim Malleiers spannender Abschlussarbeit über seine Entwicklungsschritte in den Seminaren des Lehrganges und deren Reflexion und Diskussion zu anregenden weiterführenden Gesprächen bei einem Gläschen Sekt reichte. Erstaunlich, wie viel von diesen Seminaren auch jetzt noch erinnert wurde und zu weiteren Gesprächen führte, so dass auch die, die nicht dabei gewesen waren, hineingezogen wurden und mit diskutierten.

Es war eine runde Sache und einer der anregendsten Abende in der Geschichte der kleinen ASYS-Workshops. Man freut sich schon auf das nächste Mal.



Die Zeitschrift BASYS gibt es seit der Vereinsgründung im Jahre 1996. Die erste Nummer war eine erweiterte Einladung zum Eröffnungsfest mit Beiträgen der Gründungsmitglieder Ursula Mayer, Bernhard Lehr und Walter Milowiz. Anfangs nur ein kleines Blättchen mit Internen und ein paar zusammengesammelten kleinen Artikeln, wurde sie mit der Zeit zu einer richtigen wissenschaftlichen Zeitschrift, einer Platt-

form für Abschlussarbeiten der Lehrgänge des Vereins und anderen einschlägigen Artikeln. Das Format entwickelte sich vom A5-Heft in Schwarzweiß, das mit dem vereinseigenen Homeoffice-Drucker vervielfältigt und mit der Hand geheftet wurde, zu einem professionellen farbgedruckten Journal in Seidenmattglanz mit ISSN-Nummer.

Wortspende Alexandra Lidl

Liebes Asys-Basys-Team!

Die 1. Basys Präsentation war ein wunderbarer Abend, um sich in wertschätzender Gesellschaft mit Themen rund um das Verständnis von Systemtheorie und gelebter systemischer Beratungspraxis sowie mit selbst reflektiertem und konstruktivistischem Blick zu beschäftigen. Besonders gelungen finde ich den Austausch auf Augenhöhe zwischen den „alten Hasen und Häsinnen“ und den erst kürzlich Ausgebildeten. Und bei so viel Neugierde braucht es doch etwas Hartnäckigkeit, um den jeweiligen Wortspenden Stimme zu geben.

Danke und ich freue mich auf den Nächsten Abend

Wortspende Amelie Cserer

Gerne bin ich der Einladung als Lehrgangsführung und Vertretung der FH Burgenland Weiterbildung zur Präsentation der BASYS Zeitschrift zur systemischen Supervision und des Coachings gefolgt. Ich konnte einen Einblick in den historischen Werdegang und deren Vision, wie auch des Vereins ASYS gewinnen. Zentrales Thema der aktuellen Ausgabe ist die Abschlussarbeit „Vom Matrosen zum Kapitän“ von Joachim Malleier. Kerndimensionen der Arbeit, die sich als teilnehmende Evaluation des Lehrgangs versteht, wurden interaktiv im erzählenden Vortrag gestaltet. Jede Person im Raum, durfte zu den Dimensionen „Zeit, Raum und Autorität“ auch ihre persönliche Erfahrung im Seminar und darüber hinaus zur Sprache bringen. Ein Vortragsformat, welches ich in dieser personenbezogenen Differenziertheit selten kennen lernen durfte. Vielen Dank, für diesen gelungenen Abend!

Wortspende Anna Malleier-Obermair

Als Gast durfte ich an der 1. BASYS-Präsentation „Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung“ teilnehmen. Ich fand es sehr bemerkenswert, dass diese Feier geprägt war durch eine allgemein

geltende Lust an fachlicher Auseinandersetzung und pointierter Erörterung. Dabei gelangte ich – wie schon zuvor – zur Überzeugung, dass es sich bei dieser Supervisions-Ausbildung um eine hoch qualitative Ausbildung handelt, in der sowohl Wert auf fundierte theoretische Ausbildung als auch auf sehr persönliches, praktisches Erfahren und Umsetzen gelegt wird. Tatsächlich beneidete ich die Absolvent*innen ein wenig dafür, dass sie aus einem Lehrgang ein so großes Repertoire an Wissen, praktischen Tools und ausreichend „Rüstzeug“ für die selbständige Tätigkeit als Supervisor*innen mitnehmen konnten.

Wortspende Eva Ohrhallinger

gedankenfragmente zu den begriffen anekdote und anekdotisch; darüber habe ich mir an diesem abend gedanken gemacht; das ganze ist jetzt nicht sehr konzise in der ausführung bzw. nicht adhoc in ein konzept zu bringen (weil ich gar nicht weiß, was ich damit/ darüber kommunizieren will außer meine persönliche faszination damit); da aber mein (autistisches) denken so funktioniert, ist dies meine form der rückmeldung (bevor mein gehirn bricht), welche ich jetzt /anekdotisches konzept/ nenne :-))
begriffe:

- /die anekdote/ als prägnante schilderung einer relevanten begebenheit

- /anekdotisch/ als unsystematisch gewonnene erkenntnis

(frei nach wikipedia)

vortrag:

-> anekdote als methode

(ankedoten aus buch und zu basys)

joachim hat im zuge der darstellung seiner erlebnisse hier die anekdote*/ das anekdotische** genützt, um den wirkraum seiner erlebnisse aufzuspannen

ist analog zu form und funktion der metaphor, welche zur aufgabe hat, einen gut verständlichen (vertrauten) referenzrahmen zu sichern und auf ein weiteres bzw. größeres konzept zu transponieren

(dies passt zur stark phänomenalen bedeutung von raum und zeit.)

so wurden joachims störfaktoren (= [seine] batesonschen bemerkenswerten begebenheiten)

innerhalb der professionellen reflexion seiner abschlussarbeit zu den /bildgebenden/ faktoren, um die fundamentalen rahmenbedingungen (auch) von supervision zu verstehen/ verständlich zu machen.

* erlebnisschilderung

** seine zunächst anekdotischen = unsystematischen erkenntnisse

diskussion:

-> anekdotisch als unsystematisch

-> anekdotisch als sehr anschlussfähig

auch die intermittierenden diskussionen haben das anekdotische genützt bzw. gespiegelt

„unweigerlich“ kommen eigene anekdoten zum vorschein und aufeinander, zueinander zum wirken. bzw. es wird anekdotisch argumentiert. ein hoher wirkungsgrad (resonanz) wird erzeugt. joachim schildert anschlussfähig sein /wirken des wirkens/ (= reflexion; systematik zu raum und zeit) anhand des wirkens (= anekdote zu erlebnis).

/doch wovon sprechen wir hier?/ der mehrwert des aneinander abgleichens der wortmeldungen bzw. der systematisierung der wirkkreise, welche hier sichtbar werden, ist für mich hier von besonderem interesse.

das Hier und Jetzt anhand des Dort und Dann, welches im Hier und Jetzt geweckt wird.

fazit?

- ich habe es für mich persönlich gespannt beobachtet, da mich anekdotisches oft nicht anspricht; systematisches sehr anspricht; ich habe mich gefreut, dass wir an diesem abend systematisieren konnten. spannend für mich ist das, was es braucht (und brauchen /darf/), um vom anekdotischen (= unsystematisch) aufs systematische zu kommen. systemisch gesehen ist dieser prozess natürlich eine schleife und nicht linear; vielleicht frage ich mich: wann muss es anekdotisch sein und wann darf es systematisch sein (auf sozial interaktiver ebene)? und: wann darf es nicht systematisch sein und muss es anekdotisch sein (auf erkenntnisebene)? aber dazu sind die begriffe natürlich viel zu unscharf; das müsste man sich mal ansehen

- /bildgebendes/ wie zb sprachbilder (metaphern) und /wirkbilder/ (anekdoten; narrativ)

sind als methode super zum transponieren von wirkungen

- an joachims arbeit hat mir gefallen, dass er seinen persönlichen stil der tiefenergründung als reflexionsprozess gerahmt hat; hier spreche ich von mir: das erlebte verstärkt bewusst in kontext bringen zu wollen ist eine sehr gründliche (aufreibende) arbeit, welche oft von leuten vorgenommen wird, welche nicht kontextsicher aufgewachsen sind und von natur aus mit fragmenten zu tun haben, welche in einen sinnzusammenhang gebracht werden müssen; und ergo die welt auf diese art und weise /verstehen/ (ressource, falle)

- /verstehen/ ist komplexitätsreduktion (in form von vereinfachung durch emergenz) und reduktionskomplexität (unerwartete systemantwort auf temporäre/ partielle simplifizierung der komplexität) im spannungsfeld; hier ist eine lebendige ausgeglichenheit schön



Vielen Dank den Wortspender:innen und allen Teilnehmer:innen an der 1. BASYS-Präsentation. Wir freuen uns auf ein nächstes Mal!
Das ASYS-BASYS-Team

Das ASYS-Herbstfest 2023

am 30.9.2023 im ASYS-Büro

mit Mini-Workshop „Verlust und Bewältigung“ mit Brigitte Mayr

Als ich vor vielen Jahren zum ersten Mal ein ASYS-Fest besuchte, geschah das vor allem aus zwei Beweggründen. Zum einen wollte ich Leute treffen, die ich auf meinem Weg zur systemischen Sozialarbeiterin kennengelernt hatte und zum anderen wollte ich am systemischen Denken dranbleiben. Beide Erwartungen wur-



Und ich denke, ich bin nicht die Einzige, der es so ging. Das Thema ist kein leichtes. Es zieht sich quer durch alle Lebensbereiche. Verlieren kann man schließlich viel, sei es ein Lebewesen, ein Arbeitsplatz, ein Heimatort, ein Gefühl u.v.m. Dem Verlust folgt die Trauer, der es egal ist, ob man sie haben will oder nicht. Sie findet ihren Platz in den Gedanken, den Gefühlen, dem Körper oder/und dem Ausdruck und Verhalten und wartet dort geduldig, bis man bereit ist, sich mit ihr auseinanderzusetzen und sich dem veränderten Leben zu stellen. Verlust und Bewältigung halten sich nicht an Gebrauchsanweisungen und lineare Abläufe. Die systemische Betrachtungsweise kann hier gut anschließen, ihre Haltungen und Methoden bei der Bewältigung hilfreich zur Seite stehen.

Brigitte Mayr hat uns behutsam an das Thema herangeführt, uns an

den erfüllt. Damals wie heute.

Und damals wie heute passiert es immer wieder, dass sich genau an dem Tag, an dem das ASYS-Fest angesetzt ist, noch andere interessante Termine anbieten würden. Oder dass ich müde bin und eine kleine innere Stimme mich zu überreden versucht, das Fest doch mal Fest sein zu lassen oder zumindest den Tagungsteil auszulassen und stattdessen die freie Zeit zu genießen.

Damals wie heute bin ich im Nachhinein froh, wenn ich die innere Stimme vertrösten und stattdessen die geplante ASYS-Zeit genießen konnte.

Dieses Jahr hatte Brigitte Mayr einen nicht unwesentlichen Anteil an dieser Freude. Ihr Vortrag und Workshop zum Thema Verlust und Bewältigung hat viele Saiten zum Klingen gebracht.





ihren Erfahrungen aus der Trauerbegleitung teilhaben lassen und uns anschließend mit einer kleinen Übung zum Austausch unserer eigenen Erfahrungen angeregt.

Danach gab' s wie immer ein gemütliches Beisammensitzen, bei dem uns sogar das Wetter gnädig war.

Vielen Dank an Brigitte Mayr, an alle Teilnehmer*innen und an Walter und Michaela, die uns wie schon so oft nicht nur das ASYS-Büro sondern auch ihre privaten Räumlichkeiten zur Verfügung stellten.

Renate Fischer für das ASYS-Herbstfest-Team



Supervision durch die Brille der Rückkoppelung

Diplomarbeit zum Lehrgang Systemische Supervision und Coaching des ASYS

Alexandra Lidl

1. Einleitung: Mein Erkenntnisinteresse

Im Laufe meines beruflichen Werdeganges leitete mich immer wieder die Neugierde an, den Blick für meine innere Auseinandersetzung, wie ich die Welt begreifen kann, zu weiten. Als Sozialarbeiterin stieß ich mit meinem bisherigen gelernten Wissen immer wieder an Grenzen. Die Motivation für die Arbeit mit Randgruppen war schwer aufrecht zu halten. Ich bemühte mich um Hilfe und begab mich in einen eigenen Supervisionsprozess, der mein Interesse am systemischen Denken entfachte. Der Gedanke, eine systemische Ausbildung zur Supervisorin zu machen, reifte heran. Schlussendlich landete ich beim Verein ASYS, Arbeitskreis für systemische Sozialarbeit und Supervision, und eine intensive Reise begann. Im Verlauf des Lehrgangs habe ich den Fokus in der Beratung von einem Ursache-Wirkung- Denken weg, hin zu einem Blick auf die Interaktionen von Systemen verändert. Das bedeutet, ich achte vermehrt auf Rückkoppelungen. Ich bemühe mich konsequent den Fokus darauf zu richten, dass alle an einem Geschehen Beteiligte, stets sowohl Bewirkte als auch Bewirkende sind. In dieser Abschlussarbeit arbeite ich Rückkoppelungsprozesse heraus und beschreibe die Veränderung meines Blickwinkels theoretisch wie praktisch. Dazu nutze ich das Prinzip der Rückkoppelung als kleinsten Baustein von Zirkularität. Ich veranschauliche sowohl den Perspektivenwechsel der Supervisor*innen, als auch meinen Perspektivenwechsel von Wechselwirkungen. Um den Lesern das Einschwingen rund um diese Themen zu erleichtern, starte ich mit einer Darstellung meines Verständnisses von Zirkularität, bevor es in eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Rückkoppelung und Zirkularität geht. Beides bildet die Basis für die dargestellten Fallvignetten und die Ausarbeitung der Rückkoppelungsprozesse. Aus dieser Beschreibung heraus werden die jeweiligen Perspektivenwechsel dargestellt.

2. Mein Zugang zur Zirkularität

„Inwiefern ist menschliches Verhalten vorhersehbar und inwiefern ist menschliches Verhalten nicht vorhersehbar.“

In diesem Kapitel beschreibe ich die Verknüpfung zirkulären Denkens mit meiner persönlichen Sichtweise. Die theoretische und hergeleitete Auseinandersetzung erfolgt im Kapitel 3.

In der systemischen Beratung nach dem Modell der Wiener Schule schaue ich mit dem Fokus auf Kommunikation, welche Interaktionen welche Reaktionen auslösen und wieder weitere Reaktionen hervorbringen. Walter Milowiz (2009), der Begründer des Modells der Wiener Schule, beschreibt, dass ihn drei wesentliche Schritte im Entwickeln dieses systemischen Ansatzes geleitet haben. Der erste wichtige Schritt war das Anerkennen, dass Wiederholung ein natürlicher Prozess ist. Als zweiten Schritt beschreibt er den Fokus, Denkprozesse nicht dem Verhalten als übergeordnet zu betrachten, sondern als Prozesse, die beim Verhalten auch auftreten. Der Dritte Schritt ist die gedankliche Ausrichtung, dass alles was auf der Welt stattfindet oder nicht stattfindet einen Einfluss auf andere hat (Milowiz, W., 2009, S.13ff). Dies führt mich zu den Fragen:

Wo kann ich erkennen, dass sich Interaktionsmuster stabilisieren, sozusagen herausbilden? Und gleichzeitig ist es, wie Heinz von Foerster (2008) sagen würde, eine Wahnvorstellung, dass ich irgendetwas objektiv beobachten könnte. (Foerster, H. v., in Pörksen, B., 2008, S.21). Ich kann, mit Watzlawick (1969) gesprochen, nicht nicht kommunizieren (Watzlawick, P. et al., 1969, S.51). Mit dem Fokus, den ich auswähle, filtere ich die Interaktionen, die ich beobachte. Somit sind dann nur diese Interaktionen für mich wahrnehmbar und in weiterer Folge besprechbar.

Diese Betrachtung der Welt führt zu dem Schluss, dass ich mich „immer“ nur in selbsterhaltenden Systemen bewege. Dies impliziert jedoch, dass der Mensch nie etwas dazulernen kann und doch hat sich die Gesellschaft vom Steinzeit-

alter über das Mittelalter bis hin zur heutigen digitalen Gesellschaft in einem dynamischen Prozess permanent verändert und immer wieder weiterentwickelt. Wie passt das unter einen Hut? Erfassbar ist dies vielleicht durch die Vorstellung, dass wir als Babys mit einer Fülle von angelegten Möglichkeiten auf die Welt kommen. In jedem von uns steckt ein/e Astronaut*in und ein/e Reinigungsfachmann*frau, weil die Systeme, in welche wir hineingeboren werden uns bewirken und wir lernen, mit welcher Reaktion das von mir gewünschte Verhalten des Gegenübers hervorgerufen wird. Es sind die Unmengen an synaptischen Verbindungen in unserem Gehirn, die wir, manche mehr und mache weniger, gebrauchen. Und somit bleiben wir lernfähig, wenn wir wollen ein Leben lang. Dieser Prozess hätte nicht begonnen, ohne dass ein Außen auf uns reagiert hätte.

„Wieso menschliches Verhalten nicht vorhersehbar ist.“

Als ich das erste Mal das Wort Zirkularität gelesen habe, hat es folgende Assoziationsketten bei mir ausgelöst. Einerseits musste ich an einen Kreis denken, welcher keinen Anfang und kein Ende hat, andererseits an einen Zirkus. Ein Zirkuszelt ist rund, es besteht aus vielen Verstrebungen, Stangen und Seilen, welche es zusammenhalten. Wenn man zum Publikum gehört, hat man oft das Vergnügen in jedem „Winkel“ etwas zu entdecken. Eine/n Zuckerwatte Verkäufer*in, ein Pony, der Clown gaukelt einem vor der Nase herum und der/die Zirkusdirektor*in wedelt mit dem Taktstock die Kapelle an. Dazu kommen die Gerüche, die Farben, das Gelächter und dann sind da noch die anderen Menschen, die meine Aufmerksamkeit in den Bann ziehen können; die eine Blonde, die ständig im Handschminkspiegel ihr Make-Up kontrolliert. Das Pärchen, das aus dem Schmusen nicht mehr rauskommt und vielleicht auch noch das quengelige Kleinkind, das so gar keinen Gefallen an der Arbeit der Clowns hat.

Das bedeutet, ich habe eine Vielzahl von Möglichkeiten, was ich wahrnehme, was in mir Erinnerungen weckt, welche wiederum bestimmte Gefühle triggern.

Auf der Verhaltensebene gehe ich also in den Zirkus, aber es wird niemand voraussagen können

was ich dort erlebe, auf was ich reagiere, was mich bewirkt und worauf ich wirke, auch wenn das Programmheft noch so gut ausgeführt ist.

So, stelle ich mir vor, kann es sein, wenn man sagt, das menschliches Verhalten nicht vorhersehbar ist. Wenn ich beim Verlassen der Vorstellung auf ein Kind treffe, welches am Boden sitzt und weint, kann ich hingehen und fragen: „Was hast du denn?“, und das Kind kann mit einer Vielzahl von Möglichkeiten reagieren:

--es erklärt, die Eltern verloren zu haben.

--es schaut weg und reagiert nicht.

--es hat den Eislutscher fallen lassen und will einen Neuen.

--es wurde am Boden in Sichtweite von den Eltern erst mal zurückgelassen, weil es sich so unpassend benommen hat.

--etc.

Ein anderes Beispiel:

In einer Liebesbeziehung kann die Frage an den Partner: „Liebling, was hast du denn, geht es dir nicht gut?“, ganze Universen an Reaktionen hervorbringen. Vom dankbaren Aufatmen, weil vielleicht etwas gesehen wurde, was noch schwierig war von sich aus anzusprechen, bis hin zu einem „g` scheitern“ Streit und einer Trennung bis hin zu einem Mord aus Eifersucht oder einem Heiratsantrag ist alles möglich.

„Wieso menschliches Verhalten oft vorhersehbar ist.“

Zirkularität beruft sich auf die Vorstellung, dass es keine kausalen Zusammenhänge im Sinne von Ursache und Wirkung gibt, sondern dass die Interaktionen zwischen Menschen Bedingungen schaffen. Ich habe als Alexandra in jeder Situation verschiedene Wahlmöglichkeiten. Der Diskurs im Konstruktivismus gibt mir eine Selbstverantwortung mit und gleichzeitig eine größtmögliche Freiheit.

Jeden Tag entscheide ich mich neu, ob ich zur Arbeit gehe oder im Bett bleibe. Ob ich die Wohnung putze oder die Anhäufung von Staubfusseln als heimelig bewerte. Und doch fühle ich mich manchmal unfair in eine, von außen vorgegebene, Struktur gepresst. Ich folge der Aufforderung „Stay at home“ freiwillig, weil ich darin für mich einen Nutzen sehe, weil ich ein soziales Wesen bin, mich in einer Ge-

sellschaft aufgehoben fühlen und mich sozial verhalten will.

Nachdem auch ein Großteil der Bevölkerung einen Nutzen in den Covid-Regeln sieht und sich daran hält, wurde es möglich, dass die Zahlen der Neuinfektionen zurück gingen. Aufgrund dessen wurde es vorhersehbar, zumindest berechenbarer.

Daraus abgeleitet kann gesagt werden, dass menschliches Verhalten oft vorhersehbar ist. Aber wie kommt das?

Wir Menschen sind täglich mit einer Vielzahl von Sinneseindrücken konfrontiert und finden uns stetig im Prozess auszusortieren, was für die eigene Wirklichkeit wichtig ist und was gerade nicht. Der Mensch selbst schafft Systeme und grenzt diese zu anderen Systemen ab. Je nach Nutzen sind wir national und hegen Denkweisen der Abgrenzung und dann wiederum schaffen wir in großer Eile eigene Gesetze, um die rumänischen Pflegerinnen für unsere Senior*innen nach Österreich zu holen. Ein ständiges Abwägen der Möglichkeiten und des daraus für uns entstehenden Nutzen. Dies lässt sich auch auf die Ethik umlegen, ist es doch auch hier die Frage, ob meine moralischen Wertvorstellungen für meine Konstruktionen von Wirklichkeiten einen Nutzen haben. Dann heißt es entweder, engagiere dich ehrenamtlich, weil so auch deine Sicherheit gewahrt ist, oder weil etwas für andere zu tun auch das eigene

Wertempfinden anhebt. Letztlich geht es immer um die brennende Fragestellung:

„Welchen Sinn hat Leben oder gebe ich dem Leben Sinn?“ Die Strömungen der Ontologie und der Epistemologie haben meiner Meinung nach ihre Geburtsstunde in dieser simplen Fragestellung.

Menschliches Verhalten wird vorhersehbar, weil wir versucht sind in der Fülle der Eindrücke Zusammenhänge zu konstruieren. Die Suche nach Wiedererkennbarem und Sicherheit Gebendem leitet unsere Wahrnehmung.

Heruntergebrochen auf das Lernen von Interaktionen heißt das, dass ich Verhalten durch die Reaktion, welches ich auf mein Verhalten bekomme, erlerne. Somit kann man annehmen, dass Bedingungen Verhalten erfordern. Die Forderung ist für den menschlichen Organismus die Einladung, sich an das Terrain anzupassen.

Ich bin eine emanzipierte, westlich geprägte Frau. Ich würde aus voller Überzeugung mein Auftreten keinem religiösen Symbol unterordnen, wie z. B. ein Kopftuch oder ein Kreuz zu tragen, weil es für meine Vorstellungen keinen Nutzen hat. Dies aber wahrscheinlich nur so lange, wie meine eigenen Vorstellungen mein Überleben in einer Gesellschaft sichern.

Michel Houellebecq (2015) beschreibt in seinem Roman „Unterwerfung“ perfekt und vorstellbar, wie es sich abspielen könnte, wenn eine fundamentalistische und radikale Strömung im liberalen Westen an die Macht kommt. Das könnte meine Einstellung zu religiös besetzten Symbolen verändern.

Auf der physischen Ebene gibt es auch Beispiele, die erläutern, dass die neuerlichen Bedingungen neuerliches Verhalten erfordern. Wenn jemand sein Augenlicht verliert, ist es meist so, dass sich die anderen Sinne mit der Zeit verstärkt ausbilden. Die Konstruktion der Welt erfordert Interaktionen in Form von Regeln, sodass Zusammenhänge hergestellt werden können. Diese sind dienlich, um mit anderen in Beziehung treten zu können. Zusammenhänge werden hergestellt, um Wiedererkennungswerte zu haben. Wiedererkennbares lässt sich einordnen. Ordnung kann Sicherheit geben und dazu braucht es dann diverse Interaktionen.

Im Ansatz des radikalen Konstruktivismus nach Ernst von Glasersfeld (1997) wird zusammengefasst formuliert, dass sich die Konstruktionen der eigenen Wirklichkeit erst in ihrem Scheitern als Konstruktionen entlarven. Glasersfeld beschreibt meiner Meinung nach treffend, dass, so lange meine Wirklichkeitskonstruktionen von der Welt funktionieren, es wenige äußere Auslöser gibt mein Fundament zu hinterfragen. Wenn jedoch, aus welchen Gründen auch immer, das Gewohnte nicht mehr funktioniert, wird sichtbar, dass neben meinen Wirklichkeitskonstruktionen unzählige andere in gleicher Wertigkeit daneben existieren.

3. Schlüsselbegriffe der systemischen Sichtweise für diese Arbeit.

In diesem Kapitel erkläre ich zuerst den Begriff der Rückkoppelung. Weiters geht es dann um die Rückkoppelung als Grundlage für Zirkularität. Darauf aufbauend beschäftige ich mich mit Autopoiesis als Grundlage für zirkuläre

Systeme. Als letztes Unterkapitel werde ich ein Verständnis von dysfunktionaler Kommunikation und Teufelskreisdynamiken darstellen.

3.1. Definition und Verständnis von Rückkoppelung

Der Begriff der Rückkoppelung in Bezug auf Kommunikationsprozesse geht auf Paul Watzlawick und sein Team zurück. Er beschreibt, dass das Wissen der Kybernetik, der Lehre von der Steuerung komplexer Systeme, auch auf Kommunikation umgelegt werden kann und damit die Zirkularität von Systemen bestätigt (Watzlawick, P., et al., 1969, S.31). Im Folgenden wird auf den Begriff der Rückkoppelung beispielhaft eingegangen und mit dem systemischen Denken in Verbindung gebracht.

Ich werde auch näher auf das Thema eingehen, was es bedeuten kann, wenn ich von systemischem Denken schreibe. Ich setze dies in direkte Verbindung mit der Idee von systemischer Beratung.

Systemisch zu denken bedeutet, die Welt vernetzt zu begreifen. Menschliches Verhalten steht nicht für sich allein, sondern in Bezug zu jemandem oder etwas. Für die Supervision heißt das, dass mir nicht Herr XY mit der Eigenschaft ein aufmüpfiger Mensch zu sein gegenüber sitzt, sondern Herr XY sich in einem System bewegt, in welchem Interaktionsdynamiken ablaufen, die bei ihm das Verhalten aufmüpfig zu sein, fördern. Hier spricht man von einer positiven Rückkoppelung, wo es zu einer Verstärkung einer bestehenden Neigung kommt (Watzlawick, P., et al., 1969, S.32).

Der systemische Blick richtet sich somit auf die Interaktionsdynamiken und nicht auf den Einzelnen, also jemanden mit einem ungewünschten Verhalten (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.1), (Maturana, H.R, Varela, F.J, 2015, S.148).

Die Interaktionen laufen auf zwei Ebenen ab, auf der Ebene der digitalen Kommunikation und der Ebene der analogen Kommunikation. Watzlawick ist in seinen Arbeiten zu diesem Kommunikationsverständnis gekommen. Er sagt dazu: „Es gibt zwei grundsätzlich verschiedene Weisen, in denen Objekte dargestellt und damit zum Gegenstand von Kommunikation werden können. Sie lassen sich entweder durch eine Analogie (z.B. Zeichnung) ausdrücken oder durch einen Namen.“ (Watzlawick, P., et al., 1969, S.62). Die Zeichnung wäre somit die

analoge Kommunikation und der Namen die digitale Kommunikation. Er trifft somit eine Unterscheidung zwischen der Ebene des Mitteilens eines Inhaltes, die digitale Kommunikation, und der Ebene dessen, was Menschen tun und in welchem Rahmen sie es tun, also die analoge Kommunikation. Der von ihm geprägte Ausspruch, dass man nicht nicht kommunizieren kann (Watzlawick, P. et al., 1969, S.51), fasst diese beiden Ebenen gut zusammen. Im supervisorischen Beraten geht es darum, die Fühler danach auszustrecken, wo Probleme mit Interaktionsdynamiken aufrechterhalten werden.

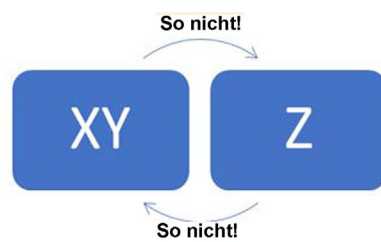
Der Baustein, den man sich in Bezug auf sich wiederholende Interaktionsdynamiken genauer betrachten sollte, ist zu welchen Rückkoppelungen es innerhalb eines Systems kommt. Das System wird vom Betrachter definiert und hat keine vorgegebenen Grenzen, sondern die Unterscheidung wo eine Grenze gesetzt wird, macht ein System erst zum System.

Im Fall mit Herrn XY wäre dies z. B. das Team, in dem er arbeitet. Das Herausfiltern von Rückkoppelungen bedarf einer genaueren Untersuchung, was als Rückkoppelung zu betrachten ist:

- Herr XY setzt eine Aktion, die eine Wirkung auf die Person Z hat und damit auf deren Aktion.
- Diese wiederum wirkt zurück auf Herrn XY und auf seine folgenden Aktionen
- Die Aktion des Herrn Z wirkt über die Aktion des Herrn XY auf ihn zurück

Wenn die Wirkung einer Aktion auf diese Aktion die Dynamik verstärkt bzw. verdichtet, bezeichnet man dies als positive Rückkoppelung, wenn sich die Dynamik abschwächt, sprechen wir von negativer Rückkoppelung (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.3f.).

Diese Aktionen auf Beziehungsbotschaften



herunterzuberechnen hilft, sich nicht in digitalen Inhalten zu verstricken, sondern den Beziehungsrahmen der Agierenden herauszufiltern.

Rückkoppelungen kann man somit auch als Wechselwirkungen verstehen und sie sind die Grundlage für Zirkularität (Simon, F.B., 2017, S.14f).

Bei Wechselwirkungen geht es nicht um bewusste oder unbewusste Absichten, es geht auch nicht um Gefühle. Den Wechselwirkungen wohnt kein Denken und Bewusstsein der beteiligten Elemente inne, sondern es geht um den Austausch von Wirkungen. Prinzipiell ist die Richtung einer Veränderung nicht vorhersehbar. Aber nachdem es sich hier um autopoietische Systeme handelt, wohnt diesen Prinzipien eine gewisse Musterhaftigkeit und somit Vorhersehbarkeit inne (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.8).

Die Rückkoppelung kann somit als kleinster Baustein von Zirkularität begriffen werden. Im nächsten Kapitel wird darauf näher eingegangen.

3.2. Definition und Verständnis von Rückkoppelung als Grundlage für Zirkularität

Wie schon beschrieben, geht es bei Zirkularität nicht um ein Ursache-Wirkungsprinzip, sondern um die Sichtweise, dass sich Phänomene gegenseitig bedingen, sich bewirken und wieder auf sich zurückwirken. Diese Kreisläufe, oder auch die jeweiligen Systeme, erhalten sich aufrecht, so lange keiner der Beteiligten versucht etwas zu verändern.

Störungen im menschlichen Verhalten sind immer homöostatische oder eskalierende, sich selbst reproduzierende Prozesse und können somit als sich selbst erhaltende Interaktionszyklen verstanden werden (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.3). Dies beschreibt, dass Systeme und Interaktionsdynamiken so lange funktionieren, solange die Beteiligten in ihren Rollen bleiben. Für Herrn XY und seine Kollegen funktionieren ihre selbst konstruierten Muster, solange Herr XY nicht versucht, sein auf ihn projiziertes Bild des aufmüpfigen Kollegen verändern zu wollen. Entschließt sich Herr XY diese Dynamik auflösen zu wollen, kann das einerseits sehr wohl zu einem neuen Muster führen. Andererseits könnte es aber auch sein, dass sein Versuch der Änderung die Dynamiken verstärkt. Dies wiederum kann seine Kollegenschaft dazu veranlassen, ihrerseits ebenso Bemühungen zu setzen diese Interaktionen zu unterbrechen. Wenn dies nun auch zu einer Verstärkung des

bestehenden Musters führt und jeglicher Änderungsversuch von allen Beteiligten zu einer Verstärkung des Musters führt, spricht man von einer Teufelskreis-Dynamik. Die differenziertere Auseinandersetzung mit dem Begriff Teufelskreis, auf der Grundlage des Buches „Teufelskreis und Lebensweg“ von Walter Milowiz (2009), handle ich im Kapitel 4.1. ab.

Es entsteht somit eine Art Rückkoppelungsschleife, welche als sich selbst verstärkende Zirkularität verstanden werden kann. Die Grundlage für sich selbst erhaltende Systeme bildet die Lehre der Autopoiesis.

3.3. Definition und Verständnis von Autopoiesis als Grundlage für zirkuläre Systeme

Der Begriff der Autopoiesis ist ein Konzept der chilenischen Biologen Humberto Maturana und Francisco Varela (2015). Ihre Arbeit hat Einfluss auf die Hirnforschung, die Sozialwissenschaften, die Psychologie und ebenso auf die systemische Organisationsberatung. Die Radikalität dieses Ansatzes liegt darin, dass biologische Systeme mit kognitiven Systemen gleichgesetzt werden.

„In diesen biologischen Strukturen und Funktionsmustern ist daher ein „Wissen“ über die jeweilige Lebenswelt des Organismus impliziert. Durch ihr Verhalten beschreiben solche Systeme ihre Lebenswelt, d.h. den Interaktionsbereich, innerhalb dessen sie in der Lage sind, ihre Autopoiese aufrecht zu erhalten.“ (Simon, F.B., 2017, S.50)

Wesentlich zu begreifen, gilt hier, dass die Grenzen eines Systems von außen gezogen werden, es braucht einen Beobachter. Dieser ist angeleitet durch seinen Fokus, wie er das Beobachten ausrichtet.

„Wenn man - aus der Perspektive des Beobachtens 2. Ordnung - die Funktion von Kognition benennen will, so kann man sie als „Aufrechterhaltung der Autopoiese“ definieren. Die Qualität von Erkenntnis misst sich insofern nicht an ihrem Wahrheitsgehalt oder an der Ähnlichkeit ihrer Struktur mit der des „erkannten“ Gegenstandes, sondern an ihrer Fähigkeit, die Wahrscheinlichkeit des Überlebens zu erhöhen.“ (Simon, F.B., 2017, S.51)

Somit wird klar, dass der Versuch des Verstehens, welche Spielregeln in einem System gelten, davon abhängig ist, was der Beobachter bereit ist zu erkennen. Dies umgelegt auf das Beispiel, welches ich im Kapitel 2.2 zum näheren Verständnis der Analyse von selbst verstärkenden zirkulären Kommunikationsmustern angeführt habe, heißt das, dass mein Fokus als Supervisorin auf meine Supervisanden einen wesentlichen Einfluss darauf hat, welche Muster ich erkenne. Es macht einen Unterschied, ob ich meine Supervisanden als ein System betrachte und die Auftraggeber als Umwelt, oder meine Supervisanden in einem System mit den Auftraggebern betrachte und deren Kunden bzw. Klienten als Umwelt definiere. Varela und Maturana beschreiben, dass der/die Beobachter*in eine Einheit in verschiedenen Bereichen betrachten kann. So kann man das System nach seinen Bestandteilen, nach dessen diese operieren betrachten, also die inneren Zustände und deren Strukturveränderungen, oder die Einheit danach beobachten, wie sie mit ihrer Umwelt interagiert. Für Letzteres ist die innere Dynamik der Einheit irrelevant. Es ist demnach auch nicht zu bewerten, welche Perspektive mehr Aussagekraft über ein System hat, sondern es geht darum zu begreifen, dass der/die Beobachter*in mit seiner Perspektive die Unterschiede filtert und somit seine eigene Wirklichkeit über ein System konstruiert (Maturana, H.R, Varela, F.J, 2015, S.148).

Daraus leitet sich ab, welche System-Umwelt-Beziehung-Interaktionen sichtbar werden. Es lassen sich somit ein paar Grundsätze definieren, die autopoietische Systeme kennzeichnen:

- Ihr Verhalten gründet immer und ausschließlich auf den aktuellen internen Strukturen.
- Sie sind nicht unabhängig von ihrer Umwelt, sie reagieren individuell auf die Geschehnisse. Umweltgeschehnisse sind nicht als Ursache zu betrachten, sondern als Auslöser, welche in die systemimmanenten Spielregeln integriert und verarbeitet werden.
- Für einen Beobachter kann zwar aufgrund der Ähnlichkeiten von Mustern eine Annahme über eine jeweilige Reaktion getroffen werden, jedoch kann nie mit Sicherheit die Reaktion vorherbestimmt werden.

- Somit sind diese Systeme nicht von außen steuerbar, sondern nur irritierbar

(Simon, F.B., 2017, S.53).

Dazu abschließend führe ich ein Beispiel an, welches ursprünglich Gregory Bateson angeführt hat, aber auch von Simon angeführt wird, da es diese Grundsätze plastischer erscheinen lässt.

„Wenn man einen Stein tritt, so kann man seine Flugbahn im Idealfall berechnen, da man die Gesetze der Physik anwenden und die aufgewandte Kraft in Beziehung zur Masse des Steins setzen kann (hier erweist sich der Stein als triviale Maschine). Tritt man hingegen einen Hund, so kann man ebenfalls die Gesetze der Physik anwenden. Sie reichen aber nicht aus, um das Verhalten des Hundes vorherzusagen: ob er davonfliegt oder wegläuft, bellt, jault oder beißt, hängt zu einem guten Teil von seinem Innenleben ab und das ist von außen nicht beobachtbar. Der Hund ist als ein autopoietisches, operational geschlossenes System zu betrachten, er reagiert nicht trivial, d.h. nicht auf den Tritt, sondern in Abhängigkeit von seinen aktuellen internen Zuständen und Strukturen.“
(Bateson, G., zit. in Simon, F.B., 2017, S.51)

4. Analyse von Rückkoppelungen

Aufbauend auf das Kapitel Verständnis und Definition von Rückkoppelungen, gilt es nun zu beschreiben, wie Rückkoppelungsdynamiken für die Beratung und Supervision sichtbar werden. Um in der Praxis damit arbeiten zu können, muss die Beziehungsbotschaft der Rückkoppelung aus den vielen analogen und digitalen Informationen gefiltert werden. Ist eine solche Dynamik identifiziert, ist es möglich diese zu reflektieren. Im Folgenden werden hier nun vier Parameter genauer beschrieben, die der Analyse dienen sollen.

Uneinigkeit über das Ziel:

Hier handelt es sich also um Uneinigkeit darüber, worum es den Beteiligten geht. Das Fehlen von Transparenz, wieso Personen so handeln wie sie handeln, was sie damit bezwecken und welcher Wunsch hinter ihren Aktionen steht, führt zu Verwirrung und zu Fehlinterpretationen beim Gegenüber (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.5). Diese Fehlinterpretationen bestimmen die folgenden Reaktionen mit, welche wiederum ihrerseits die Reaktionen beeinflussen. Dies wäre im Beispiel des Herrn XY, dass er seinem Team gegenüber nicht angesprochen hat, dass er nicht mehr die Rolle des „Aufmüpfigen“ zugeschrieben bekommen will bzw. diese ausfüllen will. Das Team hüllt sich ebenso in Schweigen darüber, dass ihnen die, aus ihrer Sicht, aufmüpfige Art des Kollegen ein Dorn im Auge ist. Auch in Bezug auf die Sozialarbeit lässt sich mit dem Prinzip über die Uneinigkeit des Zieles so manche Interaktion zwischen Organisation, Betreuer*in und Klient*in als Ausgangsfokus für sich selbst verstärkende zirkuläre Kommunikation beobachten. Zum besseren Verständnis stelle ich hier ein Beispiel aus meiner eigenen Supervisionspraxis dar. Im dritten Kapitel, in der Analyse der Fallvignetten, werde ich dann die erfahrene Praxis sehr detailliert beschreiben. Somit ist dieses Beispiel keine ausgestaltete Fallvignette, kann aber darstellen, welche Rückkoppelungseffekte bei Intransparenz von Zielen wirksam werden können.

Bsp.:

Die Supervisandin (Svd) ist Betreuerin in einer Organisation, die mit straffällig gewordenen Menschen an ihrer Resozialisierung arbeitet. Ihre Funktion ist mit dem Begriff Bewährungshelferin definiert. Mein erster Eindruck von der Supervisandin war, dass diese ein selbstbewusstes und klares Auftreten an den Tag legt. Dieser Eindruck verstärkte sich bei mir, als sie ihren biografischen Hintergrund offenlegte und viel Erleben und Erfahrung vom Leben in einem anderssprachigen Land sichtbar wurde. Beruflich brachte sie Vorerfahrung aus einem Arbeitsfeld mit, indem sie täglich mit den Folgen von „schief gelaufener“ Elternschaft konfrontiert war. Die Supervisandin wandte sich im Laufe der gemeinsamen Arbeit mit zwei folgenden konkreten Anliegen an mich. Sie wollte Klarheit darüber bekommen, wieso die Klientin sie so

forderte, dass sie auch in der Freizeit „ständig“ an diese Klientin denken musste. Sie wollte die Klientin aus dem Kopf kriegen und verstand nicht, wieso ihr dies nicht gelang bzw. wieso sich die Klientin nicht mehr an den vereinbarten Rahmen hielt.

Sie beschrieb ihre Klientin und die erlebte Fallbetreuung wie folgt:

Frau X(Klientin), hat mehrere Vorstrafen wegen Ladendiebstahls. Sie wohnt allein mit drei Kindern, wobei der Älteste 17 Jahre alt ist, die beiden Kleinen 4 und 8 Jahre alt. Der Vater und Lebensgefährte befindet sich aktuell in Haft wegen Suchtmittelverkauf im größeren Stil. Die Klientin war anfänglich froh über die emotionale Unterstützung, da sie sich immer wieder unglücklich und auch überfordert fühlte. Das Verhalten der

Frau X erlebte meine Supervisandin mit der Zeit jedoch zunehmend „widerständig“

(Dies ist kein Begriff, den ich als systemische Supervisorin verwenden würde, da ich Verhalten nicht als Einzelphänomen betrachte, sondern die Interaktion zwischen Beteiligten im Fokus habe. In diesem konkreten Fallbeispiel war dieser Begriff von der Supervisandin gewählt.)

Terminabsprachen wurden von Seiten der Frau X nicht mehr eingehalten. Bei Telefonaten forderte meine Supervisandin wieder Verlässlichkeit ein und erinnerte Frau X verstärkt an ihre Verpflichtung. Bei den Telefonaten gab sich Frau X einsichtig, dies hatte jedoch keine Verbesserung der Termineinhaltung zur Folge. Somit entschied sich die Bewährungshelferin/Svd. zu einem unangemeldeten Hausbesuch.

Kurzfristig führte dies dazu, dass die Klientin wieder Termine einhielt. Dies nutzte die Bewährungshelferin/Svd., um die Klientin mit den Eindrücken des Hausbesuches zu konfrontieren.

Durch ihre Eindrücke nahm die Bewährungshelferin/Svd. an, dass Frau X tablettenabhängig war und ihre Vermutung, dass Frau X für ihre Kinder vermehrt nicht ansprechbar war, verstärkte sich. Der älteste Sohn, der arbeitslos war, übernahm mehr und mehr die Betreuungsaufgaben für die jüngeren Geschwister.

Frau X sah in dieser Form der Lebensgestaltung keine Problematik, aber die Bewährungshelferin/Svd. war vermehrt mit ihrem Mitleid für die Kinder beschäftigt. Bei jedem Gespräch mit ih-

rer Klientin bemühte sie sich, die Klientin zu der Problemeinsicht zu bewegen, dass diese sich der Suchtproblematik stellen müsste. Dies führte bei der Klientin zu dem wiederholten Verhalten, dass sie die Termine mit der Bewährungshelferin/Svd. immer wieder ausfallen ließ.

Somit machte die Bewährungshelferin/Svd. wieder einen Hausbesuch, bei dem sie eine vermehrte Verschmutzung der Wohnung wahrnahm. Daraufhin schloss sie sich mit der Jugendamtssozialarbeiterin kurz. Anstatt dass dies zu einer Entwirrung der Funktionen beitrug, verstärkte sich das Gefühl der Bewährungshelferin/Svd., sodass ihr die Kinder noch mehr leid taten, weil das Jugendamt keine Notwendigkeit einer Fremdunterbringung sah. Zusätzlich staute sich Wut gegenüber Frau X auf, die aus ihrer Sicht die Verantwortung der Betreuung auf den ältesten Sohn abschob.

Ebenso kam es zu einer Veränderung in der eigenen Lebensgestaltung der Supervisandin. Sie stellte fest, dass sie im dritten Monat schwanger war, also selbst ein Kind erwartete.

Im Supervisionsprozess konnte gut herausgearbeitet werden, wie sich diese Betreuungsbeziehung immer mehr auf das Thema Kindererziehung verschoben hat. Es entstand mehr und mehr ein Beziehungskampf, der im Kapitel 4.1 ausführlich ausgearbeitet wird (vgl. Milowiz, W., 2009, S.69). Die die Bewährungshelferin/Svd. wollte unbedingt, dass Frau X ihre Sicht der Dinge annahm.

Die Ziele, die die Bewährungshelferin/Svd. verfolgte, waren einerseits nicht des Auftrages von Seiten der Organisation entsprechend, andererseits waren ihre Ziele auch nicht klar mit Frau X kommuniziert. Meine Supervisandin hatte mit Frau X vereinbart, dass die Betreuung eine emotionale Stütze schaffen sollte, um den Boden für eine Auseinandersetzung mit der Straffälligkeit der Frau X aufzubereiten. Allerdings veränderte sich das Ziel bei der Supervisandin, ließ dies jedoch unausgesprochen in der Betreuung. Unter diesem Deckmantel ging es der Betreuerin aber vermehrt darum, dass Frau X ihre „schlechte“ Mutterschaft eingestehen soll, bis hin zu der Hoffnung, dass das Jugendamt die Kinder fremd unterbringt.

Die Nichtvorhersagbarkeit von Systemreaktionen tritt in den Hintergrund - auf Ähnlichkeiten wird ähnlich reagiert

Darunter ist zu verstehen, dass bei genauerer Betrachtung von Interaktionen, Muster filterbar werden (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.5). Auf Herrn X und sein Team wäre dies das wiederholende Verhalten, dass, egal wie er auf ein Ereignis oder eine Botschaft reagiert, sein Verhalten von der Kollegenschaft als aufmüpfig interpretiert wird. Wenn er z. B freundlich reagiert, dies nicht als Freundlichkeit gesehen werden kann, sondern als sarkastisch interpretiert wird. Oder wenn er mit Unbehagen reagiert, dieses nicht ernst genommen wird, sondern mit einem „Eh klar, der schon wieder“ abgetan wird. Somit tritt eine Nichtvorhersehbarkeit mehr und mehr in den Hintergrund, weil jedes Verhalten von Herrn XY schon im Vorhinein von der Kollegenschaft als „aufmüpfig“ abgespeichert ist. In Bezug auf das Fallbeispiel mit der Bewährungshelferin/Svd. und Frau X spiegelt sich dieses Prinzip, dass auf Ähnliches ähnlich reagiert wird, darin wider, dass Frau X auf den ausgeübten Druck mit verstärktem Rückzug durch Nichteinhaltung von Terminen reagiert.

Starke Gefühle

Meist geht es bei einem selbst mit starken Gefühlen einher, wenn man sich in einer Beratung, aber auch als Mitarbeiter*in einer Organisation in einem sich selbst verstärkenden zirkulären Kommunikationskreislauf befindet (Judy, M., Milowiz, W., (o.D.), S.6). Dies kann somit ebenso ein Hinweis sein, dass die Supervisanden in einer dysfunktionalen Beziehung stecken. Dies ist jedoch nicht zwingend der Fall, denn auch am Beginn von selbstverstärkenden zirkulären Interaktionen können Gefühle verstärkt auftreten. Als Berater*in gilt es aufmerksam zu bleiben und den Agierenden Raum für ihre Emotionen zu geben. Es gilt aber aufzupassen und nicht vorschnell zu interpretieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese drei Parameter auch einzeln als Schablone für die Identifizierung von Rückkoppelungen vorkommen können. In komplexen Situationen treffen jedoch meist mehr als ein Parameter zusammen. Auch zeigt sich, dass diese drei oft gleichzeitig ineinandergreifen und oder sich

im vierten Parameter, Kampf um Änderung, verfestigen.

Diesen Kampf um Änderung stelle ich im nächsten Unterkapitel dar. Nachdem das Erkennen von Beziehungskämpfen in der systemischen Betrachtung eine wesentliche Rolle spielt, ist eine ausführlichere Beschreibung und Definition von dysfunktionalen Beziehungen und Teufelskreisen angebracht.

Definition von dysfunktionaler Beziehung und Teufelskreisdynamiken

Der vierte Parameter zur Analyse von Rückkoppelungen kann kurz gefasst unter dem Begriff „Kampf um Änderung“ beschrieben werden.

„Ein Beziehungssystem besteht immer aus mindestens zwei Partnern, deren Mitteilungen sich gegenseitig bedingen: ein endloser Ring aus Beziehungsvorschlägen. Wenn diese übereinstimmen, ist alles klar und man kann sich anderen Dingen zuwenden. Sind die Beziehungsvorschläge aber widersprüchlich, so beginnt ein Kampf um die Änderung der Beziehung.“ (Milowiz, W., 2009, S.69)

Allerdings ist es in der Praxis oft nicht leicht zu unterscheiden, ob eine Rückkoppelungsdynamik noch im Stadium der Selbstverstärkung anzusiedeln ist oder schon in eine sogenannte „Teufelskreisdynamik“ übergeht. Die Übergänge sind bekanntlich fließend. Trotzdem lassen sich bestimmte Hinweise näher ausführen, die in der Beratung hilfreich sind, um eine dysfunktionale Beziehungsdynamik zu erkennen. In jeder zwischenmenschlichen Beziehung geht es darum, diese in einem stetigen Prozess zwischen Veränderung und Neuanpassung neu auszurichten. Schwierigkeiten und Kommunikationsstolpersteine sind an der Tagesordnung und ein Missverstehen nicht gleich ein Problem. Auch ist nicht jede Auseinandersetzung um unterschiedliche Erwartungen an die Beziehung als dysfunktional zu verstehen. Somit bedarf es einer Definition des Wortes dysfunktional im systemischen Kontext. In der einschlägigen Literatur heißt es dazu:

„Dysfunktional nennen wir eine Beziehung erst dann, wenn der überwiegende Teil der Energien auf die Auseinandersetzung mit der Beziehung verwendet wird, auf einen Versuch diese Beziehung zu ändern [...]“

Von dysfunktionaler Beziehung kann man erst dann sprechen, wenn im Zuge einer solchen Entwicklung eine Beziehungsform auftritt, die einerseits sich selbst reproduziert, andererseits aber ständig in Frage steht: eine Beziehung also, die zu einem guten Teil aus einem endlosen Kampf um ihre Veränderung besteht“. (Milowiz, W., 2009, S.70)

Man kann somit davon ausgehen, dass die ersten drei Parameter zur Analyse von Rückkoppelungen:

- Uneinigkeit über das Ziel,
- Die Nichtvorhersagbarkeit von Systemreaktionen tritt in den Hintergrund - auf Ähnlichkeiten wird ähnlich reagiert,
- Starke Gefühle,

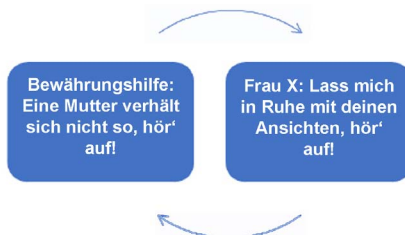
bei Aufrechterhaltung der sich selbst verstärkenden Dynamik in eine dysfunktionale Dynamik, einen Teufelskreis, übergehen.

Somit wird deutlich, dass es sich beim dargestellten Fallbeispiel der Bewährungshelferin/Supervisorin und ihrer Klientin Frau X (s. S.11) um einen Teufelskreis handelt. Der Kampf um Änderung zeichnet sich dadurch ab, dass die Bewährungshelferin/Supervisorin mehr darum bemüht war, ihrer Klientin Frau X begreiflich zu machen, dass sie ihre Verantwortung als Mutter wahrzunehmen hat, anstatt sich ihrem eigentlichen Auftrag, der Auseinandersetzung mit der Straftat, zu widmen. Hier ist auch die Uneinigkeit über das Ziel identifiziert (s. Kpt. 4). Zusätzlich hatte die Bewährungshelferin/Supervisorin ein klares Bild, wie diese Verantwortungsübernahme auszusehen hat. Frau X reagierte mit vermehrtem Rückzug, weil jeder Versuch, mit der Bewährungshelferin in Kommunikation zu treten darin abglitt, dass sie sich damit konfrontiert sah, als „schlechte“ Mutter identifiziert zu werden. Jeglicher Versuch ihrerseits, dass es um sie als Person ging, endete mit dem Kampf um ihre Ausgestaltung der Mutterrolle. Von außen betrachtet kann die Hypothese angenommen werden, dass die Klientin Frau X für sich und ihre Kinder eine Art und Weise der täglichen Lebensbewältigung aufgebaut hat, die so lange funktionierte, bis ein Gericht die Anordnung von Bewährungshilfe ausgesprochen hat. Das System von Frau X vor dem Eingriff kann somit als kalibriert beschrieben werden. Das heißt, es hat einen stabilen Zustand eingenommen. Die

Abläufe konnten sich wiederholen, ohne dass sich etwas Wesentliches veränderte (Milowiz, W., 2009, S.90). Das System Bewährungshelferin mit gerichtlichem Auftrag trifft auf das System Klientin. Frau X (und ihre Kinder) als System betrachtet, hatte somit eine Störung zu verarbeiten. Zu Beginn des Interaktionsprozesses der zwei Systeme kann die Dynamik als starr beschrieben werden. Es war wenig Spielraum für eine andere Interpretation von gelebter Mutterrolle möglich (ganz abgesehen davon, dass dies nicht der eigentliche Auftrag der Betreuerin war, sondern in diesem Fall ein Auftrag, den sich die Betreuerin selbst gegeben hat). Walter Milowiz schreibt dazu in seiner Betrachtung der sozialen Arbeit als Beziehungskonflikt:

„Aus der rigiden Beziehung entwickelt sich die dysfunktionale, die durch den Versuch, unter veränderten Umständen und bestimmten Faktoren konstant zu halten, dysfunktionale Muster entwickelt. Diese können sich stabilisieren auf irgendeinem Niveau (z.B. dauernde Krankheit als Lösung), können aber auch in einer ständigen Eskalation auf eine Katastrophe zuarbeiten.“ (Milowiz, W., 2009, S.70)

Die dysfunktionale Beziehung eskalierte so weit, dass für das System Bewährungshilfe nur mehr eine Beendigung der Betreuung möglich war. Die wesentliche Beziehungsbotschaft der Rückkoppelung, die sich in einem Teufelskreis verfestigte, kann wie folgt dargestellt werden:



Anhand dieser vier Parameter zur Analyse von Rückkoppelungen werden in den nächsten vorgestellten Fallvignetten die jeweiligen Rückkoppelungen analysiert und interpretiert. Es werden hier zwei Fallvignetten zur Verdeutlichung meines Erkenntnisinteresses beschrieben. In der Fallvignette Herbert (Kpt. 5) wird der Fokus auf die Dynamik des Supervisanden

und seiner Arbeitswelt gelegt. In der Fallvignette Arbeitsgruppe (Kpt. 6) wird die Dreiecksdynamik und ihre jeweiligen Rückkoppelungen zwischen der Supervisionsgruppe, meiner Rolle als Supervisorin und meinem Supervisionssystem aufgearbeitet. Zuerst wird jeweils der Supervisionsverlauf dargestellt und anschließend die Rückkoppelungen herausgearbeitet.

Weiters wird das Geschehen in der Supervision mit Fokus auf den systemischen Zugang zusammengefasst. Abschließend zu jeder Fallvignette wird von mir kurz erörtert, wie ich die Problemstellung vor meiner systemischen Ausbildung betrachtet hätte.

4. 2 Einschub: Zum Arbeiten mit Fallvignetten

Das methodische Vorgehen, wie ich hier in dieser Arbeit meine eigenen Fälle beschreibe, geht auf das Instrument der Fallstudie, bzw. Fallvignette zurück. Beide Ansätze werden in verschiedenen Feldern (v.a. Sozialarbeit, Pädagogik, Psychotherapie) auf vielfältige Weise eingesetzt. Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass es um die Vermittlung zwischen Theorie und Praxis geht. Die Theorie sollte als Basis für das praktische Handeln und als Grundlage der Reflektion genutzt werden. Damit wird auch die Rückvermittlung der Praxis zur Theorie möglich, die damit ständig überprüft und weiterentwickelt werden kann.

Als Methode ermöglicht die Fallstudie, bzw. Fallvignette Praxisnähe, das Einbeziehen verschiedener Dimensionen des zu untersuchenden Gegenstandes und die Überprüfung der Praxistauglichkeit verwendeter Theorien. „Statt uns auf immer abstrakteren Generalisierungen zu konzentrieren, die wir mit immer größeren Datenerhebungen zu finden hoffen, sollten wir versuchen, in intensiven Fallstudien Material zu sammeln, das Aussagen über konkrete Wirklichkeit durch konkrete Personen zulässt.“ (Abels in Lamnek, S., Krell, C., 2016, S.16)

„Der Einsatz von Fallvignetten als [...] empirische (Erhebungs-) Methode ist vielfältig [...] Fallvignetten dienen u. a. als ice breaker in Interviews oder zum warming-up in Gruppendiskussionen (vgl. Barter & Renold, 1999; Stiehler, Fritsche & Reutlingen, 2012),

zum Erfassen von Einstellungen und Überzeugungen (vgl. Hargrave, 2004) oder heikler Themen (vgl. Barter & Renold, 1999), zur Programmevaluation im PrePosttest-Design (vgl. Atria et al., 2006) oder auch als Sammlung eigener Gedanken (vgl. Schratz, Schwarz & Westfall-Greiter, 2012). Hinsichtlich des Forschungsdesigns werden Fallvignetten sowohl in qualitativen (vgl. bspw. Barter & Renold, 1999; Atria et al., 2006; Kraller & Menges, 2007) als auch in quantitativen (vgl. bspw. Auspurg et al., 2009, Eifler, 2009) Studien eingesetzt.“ (Paseka, A., Hinzke, J., 2014, S.47)

In der vorliegenden Arbeit orientiere ich mich an der Beschreibung des Fallbeispiels, wie sie das Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik vornimmt. „Ganz allgemein versteht man unter einem Fallbeispiel den einen bestimmten Sachverhalt charakterisierender oder illustrierender typischer Fall. In den Sozialwissenschaften greifen Fallbeispiele meist typische Lebenssituationen und Problemkonstellationen von Menschen auf. Fallbeispiele versuchen dabei Situationen im Alltag oder der Berufswelt widerzuspiegeln und dienen entweder zur Übung oder zum Lernen, wie in welcher Situation gehandelt wird oder werden kann.“ (Stangl, W., 2021)

Die typischen Situationen, auf die ich mich beziehe, sind positive Rückkoppelungsschleifen in Interaktionen, wie in Kap. 3 und 4 beschrieben und wie sie interaktionell verwendet werden können.

5. Fallvignette „Herbert“

Herbert arbeitet in derselben Organisation, in der ich als Sozialarbeiterin angestellt bin. Es handelt sich hier um eine sehr große Organisation, in der allein der Standort in Wien 150 Mitarbeiter*innen umfasst. Diese sind in verschiedenste Abteilungen aufgeteilt und mit unterschiedlichsten sozialarbeiterischen Dienstleistungen im Bereich der sekundären Straffälligenarbeit (nach gesetzter Straftat) betraut. Den Kontakt zu mir als Supervisorin/Coach hat die Abteilungsleiterin hergestellt. Diese fragte zuerst bei mir an, ob ich mir vorstellen könnte für ca. ein Jahr, drei Stunden im Monat, Herbert supervisorisch zu begleiten. Der Auftrag umfasste Themen rund um das

Thema: „Sicherheit gewinnen als Bewährungshelfer“. Nachdem ich dem zustimmte, wurde ein Abklärungsgespräch zu dritt arrangiert, in dem geklärt wurde, ob Herbert mit mir arbeiten will. Dieser sagte zu und somit wurden die Eckpunkte der gemeinsamen Arbeit, wie Rahmen und Transparenz vs. Verschwiegenheit, besprochen.

5.1. Supervisionsverlauf

Wiedergegeben wird hier eine Supervisions-sitzung mit Herbert, in der er bereit war ein Thema anzusprechen, welches ihm schon seit längerem unangenehm war, er aber bis dato noch keine Notwendigkeit sah, sich damit auseinanderzusetzen. Herbert stand ein Mitarbeitergespräch mit seiner direkten Leitung Marianne bevor. Er berichtete, dass er diesbezüglich sehr beunruhigt war. Ich fragte ihn, woran er dies fest macht, und ließ mir beschreiben, was für Gedanken ihm dazu durch den Kopf gingen.

Er erzählte, dass er sich mit ihr schwer tut und den Eindruck hat, nicht einschätzen zu können, woran er bei Marianne ist.

In den letzten Monaten gab es immer wieder Situationen, in denen sie ihm vermittelte, dass sie ein anderes Vorgehen von ihm wünscht. Vor allem, wenn es um Berichtsbesprechungen ging, würde sie ihm vorhalten, dass er schon viel früher den Fall mit ihr besprechen hätte sollen. In ihren Augen würde Herbert zu selten das Gespräch mit ihr suchen und sich zu sehr zurückziehen. Für Herbert stellte sich die Situation so dar, dass Marianne für ihn unnahbar wirkte. Sie habe selten ein Lächeln auf den Lippen und er merkte, dass er so gar nicht auf einer Wellenlänge mit ihr war. Er konnte auch nicht im Sozialraum mit ihr locker sprechen, da sei immer eine Spannung. Auch musste er daran denken, dass sein Vertrag noch nicht unbefristet sei und er somit noch keine Sicherheit habe.

Ich bat ihn zu überdenken, woran er fest machen würde, dass er sich Marianne „näher“ fühlt. Er erzählte, dass sein letzter Chef viel gelacht und immer einen lockeren Spruch auf den Lippen hatte. Dieser war immer sehr zufrieden mit ihm und hat seine Selbstständigkeit geschätzt. Meine nächste Frage zielte auf die Alltagssituationen ab, um ein Bild zu bekommen, wie sich Herbert gegenüber Marianne im Alltag verhält. Hierzu erzählte er, dass er im Allgemeinen wenig

Kontakt hat, diese an manchen Tagen auch gar nicht sieht. Ich fragte ihn, wie er vorgeht, wenn es bei ihm Unklarheiten bezüglich Abläufen und Betreuungsinhalten gibt. Dazu beschrieb er, dass er seine Kollegen beim Rauchen fragt. Nachdem er meine Frage verneinte, ob er Marianne um auch Hilfe fragt, bat ich ihn eine Einschätzung zu treffen, ob er glaubt, dass sie von ihm auch ein Bild hat. Dies machte ihn nachdenklich und er hakte bei mir nach, wie ich dies denn meine. Daraufhin stellte ich ihm eine Hypothese zur Verfügung, dass es doch auch sein könnte, dass es Marianne ähnlich wie ihm geht und er auf sie ebenso unnahbar wirkt. Ich erläuterte, dass seine Chefin grundsätzlich auch eine Fürsorgepflicht hat und vor allem bei neuen Mitarbeiter*innen von Seiten der Organisation erwartet wird, dass sie diese Fürsorgepflichten in ihren Leitungsstil einfließen lässt. Vielleicht könnte es sein, dass auch Marianne angespannt ist, weil sie nicht weiß, wie sie ihrer Aufgabe nachkommen kann, wenn sich Herbert ihrer Meinung nach so zurückzieht.

Herbert brauchte einige Minuten, um darüber nachzudenken, es entstand eine Gesprächspause. Ich bat ihn, mir zu beschreiben, was bei ihm vorgeht. Er meinte, dass auch wenn dies nur eine Hypothese ist, er damit was anfangen kann. Er hat so eine Betrachtung noch nie in Erwägung gezogen. Bis dato war er im Umgang mit seiner Leitung hauptsächlich damit beschäftigt, sich zu wappnen, da er innerlich schon darauf eingestellt war, dass der Kontakt wieder unangenehm wird. Er hat sich im Alltag redlich darum bemüht, so wenig wie möglich mit ihr „anzustreifen“.

Ich schlug ihm vor diese Hypothese als Brille zu begreifen und zu überlegen, an welchen Punkten er bereit wäre sein Verhalten zu verändern. Er sollte versuchen sich aktiv zu verhalten und nicht nur passiv reaktiv. Wie würde dies dann aussehen und was könnte er tun, dass die Kontakte mit Marianne angenehmer werden. Wo gäbe es im Arbeitsalltag Möglichkeiten, dass er von sich aus in Kontakt geht, um von ihr was zu brauchen. In welchen Bereichen hätte er gerne eine Rückmeldung von ihr. Im Überlegen konnte er zwei Punkte nennen, die er probieren möchte. Er wird ihr beim Mitarbeitergespräch mitteilen, dass er sich regelmäßige Termine für Fallbesprechungen mit ihr

ausmachen möchte. Die zweite Veränderung, die er vornehmen wollte, war, dass er sich in den Teamsitzungen bewusst vermehrt in die Dialoge einbringen wird und auch seine Meinung zu den jeweiligen Themen offen positionieren will. Ich motivierte ihn, mit mir ein kurzes Rollenspiel zu probieren und sich vorzustellen, wie er Marianne im Mitarbeitergespräch seine Idee mit den regelmäßigen Fallbesprechungen darbringen wird. Er kam zu folgendem Ergebnis: er wird ihr mitteilen, dass ihm aufgefallen ist, dass er öfters mit ihr Fälle reflektieren will und nicht erst wenn es zu einer Berichtsprüfung kommt. Er wird ihr darlegen, dass ihm bewusst geworden ist, dass Bewährungshilfe eine Arbeit ist, in der man zwar grundsätzlich allein betreut und immer wieder schnelle Entscheidungen treffen muss, aber genau aus dem Grund ein regelmäßiger „Back Up“ wichtig ist. Um sich unterstützt zu fühlen, will er in regelmäßigen Abständen Fallbesprechungen mit der Chefin, um sich mitzuteilen und auch von ihrer Erfahrung profitieren zu können.

Einige Wochen später hatten wir die nächste Supervisionseinheit und in dieser fragte ich Herbert, wie sich die Situation mit seiner Chefin entwickelt hat. Er erzählte, dass sich ihr Umgang miteinander nun viel entspannter gestaltet. Im Mitarbeitergespräch war die Chefin sogar erfreut darüber gewesen, dass er regelmäßige Fallbesprechungen einbringen wollte. Er nimmt die Chefin jetzt anders wahr und fühlt sich sicherer.

Ich gratulierte ihm, dass ihm dieser Perspektivenwechsel gelungen ist.

5.2. Analyse auf Rückkoppelungsprozesse der Fallvignette Herbert

In diesem Geschehen sind zwei Faktoren zur Identifizierung einer positiven Rückkoppelung auszumachen.

- **Uneinigkeit über das Ziel**

Herbert steht vor der Situation, dass er noch keinen unbefristeten Vertrag hat. Die Entscheidung darüber, ob seine Anstellung verlängert wird, wird erst in der Zukunft getroffen. Seine Vorerfahrungen mit Leitungspersonen waren, dass die Zufriedenheit der Leitung mit seiner Leistung groß war, wenn diese so wenig wie möglich Kontakt von sich aus zu ihm aufnahmen. Dieses innere Leitungsverständnis zeigt

sich in seinen wiederholten Bestrebungen, so wenig wie möglich mit der Chefin „anzustreifen“. Das heißt, er hat bis zur Durchbrechung dieser Dynamik den Kontakt zu ihr so weit wie möglich vermieden. Sein Ziel war so wenig als möglich Kontakt, weil dies für ihn gleichbedeutend war mit der Zufriedenheit seiner Chefin in Bezug auf seine Arbeitsleistung. Verinnerlichte Erfahrungen prägten sein Agieren und hatten eine dementsprechende Wirkung auf seine Leitung in der Interaktion. Die Reaktion der Leitung verunsicherte Herbert und er ordnete diese in sein bestehendes Denkmuster ein, sodass dies seine Handlungsmuster verstärkten.

Herberts Chefin kam ihrerseits dadurch mit dem Ziel der Fürsorgepflicht gegenüber Herbert in Bedrängnis. Bei den punktuellen Kontakten wie bei Berichtsbesprechungen konfrontierte sie ihn damit, dass er so zurückgezogen ist. Er wiederum bewertete ihre Forderung und interpretierte eine Spannung, sogar eine gewisse Antipathie, die er mit der Formulierung, „wir sind nicht auf einer Wellenlänge“ in der Supervisionssitzung zum Ausdruck brachte. Somit bemühte er sich im Alltag der Chefin noch mehr auszuweichen.

- **Nichtvorhersehbarkeit von Systemreaktionen tritt in den Hintergrund. Auf Ähnlichkeiten wird ähnlich reagiert.**

Herbert trifft im Bezug auf die bisherigen Erfahrungen mit seiner Chefin die Befundung, dass diese unnahbar ist und er nicht weiß, wie er Nähe herstellen kann. Bei zufälligen Kontakten im Sozialraum ist er angespannt. Dies wiederum wirkt auf die Chefin zurück und die Spannung verstärkt sich. Diese Alltagserfahrungen bestätigen seine bisherigen Annahmen, dass eine gewisse Antipathie zwischen ihnen herrscht. Folglich bemüht er sich verstärkt, sich so zu verhalten, wie ihn seine bisherige Berufserfahrung prägte: „Die Chefs sind dann mit einem zufrieden, wenn sie so wenig wie möglich Kontakt zum Mitarbeiter suchen.“ Herbert vermeidet entsprechend noch mehr den Kontakt. Bei Berichtsbesprechungen bewertet er die Aussage seiner Chefin, dass er sich so zurückzieht, als Bestätigung, dass sie mit ihm unzufrieden ist. Er bemüht sich, seinem inneren Bild entsprechend, noch selbstständiger und unauffälliger zu werden.

Die Nichtvorhersehbarkeit über das Verhalten von Herbert und von seiner Chefin Marianne tritt in den Hintergrund, da die Vorannahmen der zwei beteiligten Personen in Bezug auf die andere Person einen offenen Blick verwehren.

Die Beziehungsbotschaft, die in dieser Interaktionsdynamik reinszeniert wurde, stellt sich in diesem beschriebenen Rückkoppelungsprozess so dar:



5.3. Was ist in der Supervision durch den systemischen Blick geschehen?

Wie in meinem Erkenntnisinteresse formuliert untersuche ich hier auch, wie sich durch den systemischen Blick meine Wahrnehmung und folglich mein Agieren als Beraterin verändert hat. In der Supervision mit Herbert ging ich somit von der Hypothese aus, dass sich Verhalten bedingt. Der Fokus, mit dem ich diese Interaktionsdynamik betrachtete, war auf Muster und Wiederholungen zu schauen.

Nachdem in diesem Setting Herbert allein bei mir war und Marianne für die Reflexion der jeweiligen Interaktionen nicht zur Verfügung stand, musste ich einen Weg finden, Herbert eine andere Betrachtungsweise des Geschehenen zur Verfügung zu stellen. In diesem Fall manifestierte sich meine innere Annahme, dass Herberts Leitungsverständnis von der Idee geprägt war, dass er ein „guter“ Mitarbeiter ist, wenn seine Leitung wenig mit ihm in Kontakt tritt. In seinem Verständnis von Leitung bewies er dann die größtmögliche Selbstständigkeit und folglich sollte Marianne dann mit ihm zufrieden sein. Wäre er ein „schlechter“ Mitarbeiter gewesen, hätte er regelmäßig Rechenschaft vor seiner Leitung ablegen müssen. Dazu kam, dass Herbert das erste Mal ein festes Anstellungsverhältnis als Sozialarbeiter hatte und davor in einem Produktionsbetrieb arbeitete, in dem seine damalige Leitung, eventuell Herberts aktuelles Leitungsbild geprägt hatte. In diesem Falle nutzte ich mein

Vorwissen über den Arbeitgeber, nämlich das Wissen darüber, dass im Führungsverständnis von Neustart Mitarbeiterfürsorge als Präambel niedergeschrieben ist. Ich stellte dieses Wissen Herbert als Hypothese dar. Es war ihm möglich über diese Darstellung in Reflexion zu gehen und einen Perspektivenwechsel anzunehmen. Daraus konnte er schließen, wieso es für ihn Sinn machte, aus seinem Muster des Rückzugs auszubrechen. Diese kognitive Überlegung schaffte er auf die Handlungsebene umzulegen. Somit konnte einer möglichen dysfunktionalen Kommunikationsschleife entgegengewirkt werden. Wenn diese Dynamik nicht unterbrochen worden wäre, kann man davon ausgehen, dass Herbert und Marianne sich in einem Kampf um die Änderung der Beziehung verwickelt hätten. Die Energie der Aufmerksamkeit würde hauptsächlich auf die Veränderung der Beziehung gerichtet sein.

Nachdem Herbert aber seine Beziehungsbotschaft verändern konnte, unterbrach er den beginnenden Teufelskreis. Im Supervisionsverlauf konnte Herbert lernen, dass er nicht nur von außen bewirkt wird, sondern Beziehungsgeschehen aktiv mitbeeinflussen kann. Er erfuhr sich sodann in seiner Selbstwirksamkeit. Die neue Beziehungsbotschaft von Herbert lautet: „Ich zeige mich dir!“ Die Wirkung dieser neuen Botschaft ist eine andere Beziehungsreaktion von Seiten der Leitung.

5.4. Wie hat hier der systemische Blick meine Arbeitsweise verändert?

Mein Bestreben mit dieser schriftlichen Arbeit ist es auch, meine Veränderung im persönlichen Zugang darzustellen. Dies kann ich hier nur in einer Art Annahme formulieren, da ich kein identisches Vergleichssetting anbieten kann. Damit meine ich, dass ich nur hypothetisch festhalten kann, wie ich vor der Supervisionsausbildung im Fall Herbert beraten hätte.

Noch vor drei Jahren hätte ich wahrscheinlich auf Herberts vorgebrachtes Problem, dass er Unsicherheiten im Umgang mit seiner Chefin habe, anders reagiert. Zum Beispiel hätte ich seine Unsicherheiten mit einer gewissen Selbstwertproblematik gleichgesetzt und wäre auf die Suche nach den Ursachen dafür gegangen. Ich hätte ihn gefragt, welche bisherigen Autoritätserfahrungen er mit anderen Vorgesetzten,

davor mit Lehrer*innen und davor mit seinen Eltern, gemacht hat. Ich hätte den Fokus somit mehr auf die Vergangenheit gerichtet, mit der Idee dahinter, dass er sich in ungleichen Beziehungen vielleicht minderwertig fühlt. Was ich klar sagen kann ist, dass ich auf alle Fälle von einem kausalen Wirkungsverständnis ausgegangen wäre. Diese Idee von Ursache und Wirkung hätte meine Fragestellungen maßgeblich geleitet. Somit war mein damaliger Zugang zu Problemstellungen von einem diametralen Fokus geleitet.

Ich wäre mit Herbert also viel mehr in seine Beziehungserfahrungen gegangen und hätte wahrscheinlich unwissentlich die Rückkopplungsdynamik zwischen Herbert und Marianne noch verstärkt.

6. Fallvignette Arbeitsgruppe

Hier arbeite ich Rückkoppelungsphänomene in Bezug auf die Dynamik zwischen der Gruppe, dem Auftrag und mir als Supervisorin heraus. Ich reflektiere und analysiere, wie ich mich als Beraterin in diesem Spannungsfeld bewegt habe und durch welche Einflüsse aus meiner Umwelt (Praxisreflexion und Lehrsupervision) dieses Spannungsfeld mit beeinflusst wurde. Die Bearbeitung der einzelnen Themen in den Beratungen werden nur teilweise erläutert, vor allem dann, wenn es der Betrachtung des Spannungsfeldes dient.

Im September 2019 trat der Abteilungsleiter, ich nenne ihn hier Sepp, einer Firma an mich heran. Diese Firma bietet verschiedenste Maßnahmen für den Weiterbildungsmarkt in der Erwachsenenbildung an, sowie Case Management für Jugendliche zur Abklärung und Weitervermittlung in diverse Ausbildungen. Ich wurde zu einem Vorstellungsgespräch mit dem Team und den Leiter*innen eingeladen. Der Zweck dieses Vorstellungsgesprächs war, dass die Gruppe sich ein Bild von mir machen wollte, um mich gegebenenfalls als Supervisorin zu beauftragen. Gleichzeitig machte auch ich mir ein Bild von der Gruppe und ihrem Anliegen, um ebenso entscheiden zu können, ob ich den Auftrag annehme. Das Gespräch fand in einem Standort der Firma statt.

Ich wurde in einen Raum gebeten, in dem die Mitarbeiter*innen und die Leiter*innen in einem Halbkreis um Tische saßen und gespannt war-

teten, was ich sage. Somit war klar, ich musste dieses Treffen anleiten. Ich startete damit, mich für die Einladung zu bedanken und stellte mich mit meinem professionellen Hintergrund vor. Danach leitete ich in eine Runde über, in der ich die anwesenden Personen bat, mir zu berichten, welche Bilder sie zu Supervision haben und wann sie diese als hilfreich erachten. Weiters informierte ich die Gruppe darüber, welche Vorinformationen ich am Telefon erhalten hatte. Aus diesem ersten Gruppengespräch ging ich mit folgenden Informationen aus dem Treffen:

- Die Mitarbeiter*innen sind aus zwei verschiedenen Standorten und finden sich in dieser Gruppe unter dem gemeinsamen Nenner einer bestimmten Aufgabe wieder: sie betreuen Jugendliche, die Vorstrafen und teilweise schon Haftstrafen hinter sich haben, mit der Aufgabe eine berufliche Perspektive zu entwickeln.
- In ihren jeweiligen Standorten sind sie in einem Team eingebunden. Dieses wird regelmäßig supervisorisch begleitet.
- Nun wollen sie als Justizteam (diesen Namen haben sie sich selbst gegeben) ebenso regelmäßig Fallsupervision.
- Ich wurde eingeladen, weil ich ihnen empfohlen wurde und weil ich in meinem Angestelltenverhältnis als Bewährungshelferin arbeite. Ihrer Annahme nach hatte ich somit eine gewisse Vorstellung von den Herausforderungen, die straffällig gewordene Jugendliche in der Betreuung stellen. Obwohl die Gruppe nicht davon ausging, dass sich unser Wissen über diese Klientel gleicht, wollten sie auch meine Expertise in Bezug auf die Arbeit mit straffällig gewordenen Jugendlichen nutzen.
- Die Supervision sollte Reflexion, Psychohygiene und Unterstützung im belastenden Alltag sein.

In der darauffolgenden Woche bekam ich den Anruf, dass das Justizteam sich für mich entschieden hatte. Das vorgegebene Ausmaß der gemeinsamen Arbeit umfasste zwei Einheiten in der Dauer von jeweils 50 Minuten, alle zwei bis drei Monate. Seitdem fanden fünf Treffen statt. Vier Treffen werden hier näher beschrieben. Herausforderungen in dieser Beratung waren:

- Die Leiter*innen nahmen manchmal teil, manchmal nicht. Die Teilnahme der Leitung war im Auftragsklärungsgespräch vereinbart

worden, nachdem diese nicht nur leitet, sondern auch selbst mit Fallarbeit betraut ist. Ob die Leitung fehlen wird, war nie im Vorhinein klar, sondern wurde mir kurzfristig beim jeweiligen Termin vor Beginn mitgeteilt. Argementiert wurde dies mit strukturellen und organisatorischen, nicht vorhersehbaren Faktoren.

- Das Team, mit dem ich in den Sitzungen konfrontiert war, veränderte sich ständig. Mitarbeiter*innen haben gekündigt und neue Mitarbeiter*innen begonnen.

- Aufgrund der Corona Pandemie musste ich die Supervision in den virtuellen Raum verlegen. Dies barg zusätzliche Herausforderungen, wie die Umstellung und Einschränkung bei den Methoden in der beratenden Arbeit. Die Aufgabe der Moderation trat verstärkt in den Vordergrund, damit die Gruppe miteinander arbeitsfähig blieb.

6.1. Supervisionsverlauf

Im ersten Treffen klärte ich zu Beginn nochmals die Rahmenbedingungen (Du oder Sie; wer nimmt heute teil; nochmalige Besprechung des Auftrags). Ich gab der Gruppe die Möglichkeit bei eventuellen Unklarheiten bei Sepp (Teamleiter) rückzufragen, bevor wir in die erste inhaltliche Auseinandersetzung gingen (die zweite Leitung nahm an diesem Treffen nicht teil). Ich eröffnete eine erste Runde, in der ich die Gruppe dazu aufforderte zu erzählen, wie es ihnen im Moment geht. Alle Teilnehmer*innen beschrieben, was sie beschäftigt und in der Arbeit bewegt. Ich konzentrierte mich darauf zuzuhören, sowie bei einzelnen, die besonders emotional erzählten, nachzuhaken, ob dies ein Thema für heute sei. Die Antwort war bei allen Angesprochenen ein klares Nein. Nach dieser Runde stellte ich die Frage, wer ein Thema/ einen Fall mitgebracht hat, den er heute besprechen möchte. Es meldeten sich zwei Mitarbeiterinnen, die ich jeweils um eine Kurzdarstellung bat. Anschließend ließ ich die Gruppe entscheiden, ob sie alle zwei Fälle besprechen möchte. Hierzu hatte ich eine bestimmte Methode vorbereitet. Dazu hätte sich die Gruppe teilen müssen. Sie entschied sich dagegen und beschloss einen Fall, mit der von mir vorgestellten Reflecting-Team-Methode (Andersen, T., 1990), zu besprechen. Die Gruppe ließ sich sehr gut auf das Setting ein und arbeitete konzentriert. Das Fazit für die Fallbringerin

war, dass sie in der Betreuung ihre eigentliche Rolle und ihren Auftrag verlassen hatte und mit der Fülle der Rollen, der Druck und die Unzufriedenheit wuchs. Zum Ende der Sitzung wurde noch der nächste Termin vereinbart.

In der zweiten Sitzung begann ich wieder mit der Anfangsrunde und da für die meisten der Urlaub vor der Tür stand, nahm ich dies als Überleitung zu fragen, wie es ihnen gehe und ob sie auch schon mit einem Fuß im Urlaub stünden. Es kamen unterschiedlichste Antworten, die Herausforderungen der Arbeit wurden unterschiedlich als belastend beschrieben. Nach dieser ersten Runde stellte ich, wie in der ersten Sitzung, die Frage, ob sich daraus Themen für die heutige Supervision ergeben. Nachdem dies nicht aufgegriffen wurde, erkundigte ich mich bei der Fallbringerin vom letzten Mal, ob sie diesbezüglich noch etwas nachbesprechen möchte bzw. ob für sie was "offen" war. Diese ergriff kurz das Wort und erzählte, wie sich die Betreuung weiterentwickelt hat und erklärte, dass sie im Moment nicht mehr braucht. Ich entschied dann eine Themensammlung zu machen. Sepp, der auch Leiter von einigen aus der Gruppe war, ergriff das Wort und formulierte sein Anliegen. Es beschäftigte ihn so, dass er eigentlich nicht wirklich weiß, wie man Jugendliche motiviert, dass sie was ausprobieren, was ihnen eigentlich Angst macht, wie zum Beispiel eine Lehrausbildung. Eine Kollegin unterstützte dieses Thema und erweiterte es um den Punkt: "Wie arbeitet man denn mit diesen, wenn sie dann nicht daherkommen?". Eine andere Kollegin aus der Gruppe thematisierte einen Fall. Ich entschied mich mit dem Fall anzufangen und ließ die Fallbringerin erzählen. Eine Aufstellung dazu wurde von ihr abgelehnt, sie wählte die Methode vom letzten Termin. Somit gestaltete ich eine etwas abgewandelte Variante des Reflecting-Teams (Andersen, T., 1990). Einerseits ließ ich eine Rückfragenrunde zu und andererseits fragte ich die Fallbringerin, durchaus bestimmt, ob sie nicht probieren will sich umzudrehen, und zwar in der Phase, in der das Team miteinander reflektiert. Dies machte sie dann auch und war von der Wirkung fasziniert. Nach der Fallbesprechung griff ich das Thema Motivation bei Jugendlichen wieder auf. Nachdem die Zeit schon vorangeschritten war, bot ich der Gruppe einen kleinen theoretischen

Input an, den ich in meiner anderen Arbeit mit Jugendlichen als hilfreich empfinde. Sie hatten Lust darauf, so erfolgte meinerseits ein Stegreifinput zu Beziehungskampf, angelehnt an das Buch Teufelskreis und Lebensweg von Walter Milowiz (2009), und zu der Gliederung von Besucher*in, Kläger*in und Kund*in von DeShazer (2008). Abschließend bat ich die Gruppe um ein Feedback, ob der von mir vorgestellte theoretische Input für sie hilfreich war. Dies wurde von allen bejaht und einige Teilnehmer*innen fotografierten sich meine Aufzeichnungen auf dem Flipchart.

In der dritten Sitzung kam die Gruppe das erste Mal gänzlich ohne Leitung. Die Stimmung der Teilnehmer*innen war beim Eintreten in die Praxis auffallend locker. Vor dem eigentlichen Beginn suchten Teilnehmer*innen Small Talk mit mir, die bis dato mir gegenüber sehr zurückhaltend waren. Auch in der eigentlichen Sitzung zeigten sich Personen mehr mit ihrer Meinung und nahmen sich mehr Raum für ihre Darstellungen als in den beiden Sitzungen davor. Ich eröffnete die Anfangsrunde mit einer vorbereiteten Übung, in der ich Fragen bestimmten Symbolen zugeordnet hatte. Ein Stehaufmännchen für die Frage: "Wie geht es mir?", eine Glühbirne für die Frage:

"Was beschäftigt mich?" und eine Blume mit der Frage: "Welche Saat, die ich gestreut habe, soll aufgehen?". Daraus entstand eine dynamische Runde, in der die Teilnehmer*innen von viel Arbeitsdruck, wenig Motivation, schlechtem Gewissen gegenüber den fleißigen Kolleg*innen, schwieriger Arbeitsstruktur und wenig Einfluss darauf, Frustrationsgefühlen, Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung, ständiger Veränderung in der Organisationsstruktur und geringer Wertschätzung berichteten. In einem ersten Schritt ließ ich den jeweiligen Teilnehmer*innen viel "Raum", um sich damit darzustellen. Im zweiten Schritt forderte ich dazu auf, bei den anderen in der Runde nachzufragen, wenn sie sich mit Inhalten identifizieren konnten, aber auch wenn Gesagtes irritiert. Ebenso vergewisserte ich mich, ob sie nun bei der Auseinandersetzung dazu bleiben wollen und dies heute Thema sein darf, was das erste Mal seit Beginn des Supervisionsprozesses nach einer Anfangsrunde mit ja beantwortet wurde. Nachdem mir beim Zuhören aufgefallen war, dass es scheinbar

einen Zusammenhang zwischen viel Druck und hohen Ansprüchen und den Mitarbeiter*innen, die noch nicht so lange beim Verein angestellt waren, sowie zwischen den Themen wenig Motivation, Frustration bezüglich der ständigen Veränderungen in der Struktur und den Mitarbeiter*innen die schon über einige Jahre angestellt sind gab, stellte ich eine Möglichkeit der Bearbeitung dieser Themen zur Verfügung, auf welche sich die Gruppe einließ. Ich teilte die Gruppe in zwei Kleingruppen (KG). Die eine KG bestand aus Personen, die kürzer als 2 Jahre angestellt waren, die andere Gruppe aus Mitarbeitern, die schon länger als 2 Jahre angestellt waren. Sie sollten jeweils folgende Fragen bearbeiten: Welche Ansprüche stelle ich an mich? Welche Ansprüche stellen wir als Team an uns? Welche Ansprüche stellt die Leitung bzw. die Firma an uns? Die Frage nach dem Transfer an die Leitung schrieb ich ebenso auf das Flipchart, sagte aber dazu, dass es jetzt nicht darum geht, dies auch heute schon zu wissen, aber dass es wichtig ist im Blick zu haben, ob aus dieser heutigen Arbeit Themen entstehen, die sie transportieren wollen, auch im Hinblick darauf, dass beim nächsten Termin eventuell die Leitung wieder Teil dieser Supervisionsgruppe sein wird. Die Teilnehmer*innen gingen mit großem Eifer in die KG. Nach 30 Minuten holte ich die Teilnehmer*innen wieder in die Großgruppe und sie präsentierten sich gegenseitig die Ergebnisse. Dies führte zu einigen Aha-Effekten, sowie auch zu Entspannung. Die Zeit verlangte dann, dass ich die Sitzung beenden musste.

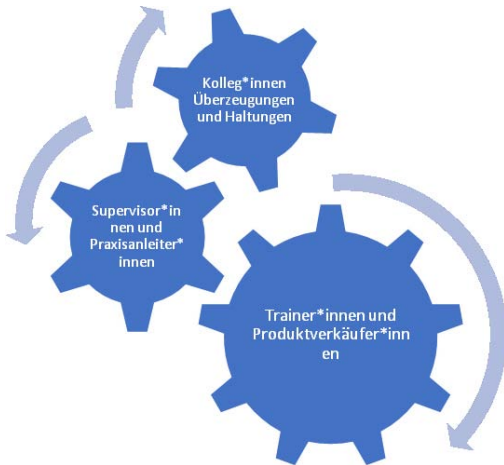
Die vierte Sitzung fand online statt. Bei diesem Termin waren alle Teilnehmer*innen (inkl. Leitung), sowie drei neue Mitarbeiter*innen anwesend. Ich begrüßte alle Teilnehmer*innen in diesem ungewohnten Format und musste einige Gesprächsregeln festlegen, da dies die besondere Form des Settings einforderte. Weiters sprach ich die neuen Mitarbeiter*innen an und erkundigte mich, ob sich hier schon alle Anwesenden kannten. Nachdem dies nicht der Fall war, bat ich um eine Vorstellungsrunde für die neuen Kolleg*innen. Ein neuer Kollege betonte, dass er bis dato noch kein einziges Mal im Büro war und bis jetzt nur Online gearbeitet hatte. Er war sichtlich nervös, versprach sich

mehrmals und tat sich schwer beim Formulieren. In der Anfangsrunde erkundigte ich mich, wie es den Teilnehmer*innen ging. Aufgrund der Gruppengröße entschied ich mich bei manchen Ausführungen respektvoll abzustoppen und zu versichern, dass ich dies als Thema notiere, ich jedoch vorerst diese erste Runde abschließen möchte, bevor wir in konkrete Thematiken starten. Dies wurde angenommen. Auch nahm ich Bedacht darauf nachzufragen, was aus den Themen des letzten Termins geworden ist. Hier antwortete eine Teilnehmerin aus ihrer Leitungsrolle heraus, dass sie im Team beschlossen hatten, alsbald eine Teamklausur zu machen, weil sich gezeigt hat, wie wichtig dieser Austausch für die Mitarbeiter*innen das letzte Mal war. Als Leitung würden sie diesen Wunsch auf alle Fälle unterstützen. Die darauffolgende Sammlung von Themen umfasste zur Gänze den Umgang mit der Corona Pandemie. Ich entschied, die Teilnehmer*innen ihre jeweiligen Sorgen und Gedanken frei äußern zu lassen. Ich legte vorerst keinen Wert darauf dies nach Inhalten zu clustern, sondern achtete in der Beobachtung auf die Wirkung des jeweils Gesagten auf die Zuhörenden. Auch bemühte ich mich so wenig als möglich zu intervenieren. Erst als alle Teilnehmer*innen die sich äußern wollten am Wort waren, fragte ich die Stilleren, wie es ihnen mit dem Gehörten geht. Somit gelang es, die ganze Gruppe zu beteiligen. Danach fasste ich das Gehörte zusammen und startete mit meinen Hypothesen, auf welcher Ebene, der strukturellen oder der Beziehungsebene, ich die Themen zuordnen würde. Dies wurde angenommen und hatte die Wirkung, dass die Gruppe einerseits den jeweiligen Rahmen für das Genannte im Fokus hatte und sortieren konnte und andererseits erfasste, was davon veränderbar war und was vorerst gemeinsam „ausgehalten“ werden musste. Möglich wurde dadurch, dass sich die Mitarbeiter*innen gegenseitig berichten konnten, was sie warum mit Besorgnis sehen und was sie von den anderen „brauchen“, um mit den Situationen umgehen zu können. Nachdem die strukturellen Herausforderungen hauptsächlich auf der Leitungsebene anzusiedeln waren, fragte ich bei den

Teilnehmer*innen mit Leitungsfunktion nach, ob sie diesbezüglich Stellung beziehen möchten. Ich sagte aber dazu, dass dies ein Angebot ist und keine Forderung. Letztlich äußerte sich diese und formulierte, dass sie dies auch als Entlastung empfinden. Einige Mitarbeiter*innen nahmen die Gelegenheit wahr rückzumelden, dass das Bemühen der Leitung sichtbar ist. Abschließend bat ich darum in einer kurzen Abschlussrunde Stellung zu beziehen, was sie sich aus dem heute Bearbeiteten mitnehmen wollen.

6.2. Einschub: Ich und mein supervisorisches System

Im Rahmen der Ausbildung wurde und werde ich von verschiedensten Systemen begleitet, die mich in meiner Beratung supervisorisch und intervisorisch anleiten. Diese setzen sich auf der einen Seite aus meinen Ausbilder*innen zusammen, auf der anderen Seite aus meinen Kolleg*innen, die sich mit mir in der Ausbildung befinden. Diese Systeme bewirken und beeinflussen sich in ihren jeweiligen Interaktionen.



Trainer*innen/Ausbilder*innen/Produktverkäufer*innen:

Aus meiner Sicht verfolgen meine Ausbilder*innen das Ziel, die Inhalte an mich zu vermitteln. Sie sind daran interessiert, dass ich die systemische Haltung begreife. Dazu vermitteln sie mir Theoriewissen und gestalten das Arbeiten in den jeweiligen Modulen so, dass ich Theorie mit Erfahrungswissen und Erfahrungslern

nen verknüpfen und reflektieren kann, daraus meine eigenen Tools entwickle und auch die Inhalte weitertrage. In dieser Funktion fordern sie auch Ergebnisse ein, die ihren Standards entsprechen sollen. Schlussendlich ist das Ziel, dass ich zu einer professionellen Beraterin heranwache. Gleichzeitig sind die Ausbilder*innen Produktverkäufer*innen und sind daran interessiert zufriedene Kunden zu haben, sodass sich das Interesse an ASYS und wofür ASYS steht vermehrt, um am Markt der Ausbildungsträger weiter Bestand zu haben.

Supervisor*innen und Praxisanleiter*innen:

In dieser Funktion haben teilweise die gleichen Personen das Ziel, mich in meinem supervisorischen Werdegang anzuleiten und zu bestärken. Sie sind aus ihrer professionellen Funktion heraus auch daran interessiert, dass es mir psychisch gut geht und bieten dazu ihre Unterstützung an. Gleichzeitig kann sich dieses Ziel auch immer wieder ambivalent zu der Funktion als Ausbilder*innen verhalten.

Kolleg*innen mit gemeinsamen und eigenen Überzeugungen und Haltungen:

Meine Kolleg*innen bildeten in der Praxisreflexionsgruppe und in der Gruppenlehrsupervision ein wichtiges Gegenüber für mich, sind wir doch während der Ausbildung gemeinsam durch lustvolle und schmerzvolle Prozesse gegangen. Sie sind somit wichtige Stützen und ihre Meinung ist mir wichtig, weil wir den systemischen Zugang begreifen wollen. Umgekehrt möchte ich auch von ihnen als wichtig und in meinem Werdegang als professionelle Supervisorin gesehen werden.

Zusammenfassend heißt das, dass diese Systeme in meinem eigenen Tun „mitreden“. Sobald ich mich mit meinem supervisorischen Tun zeige und aus meiner Praxis erzähle, wirken ihre Meinungen und Überzeugungen auf mich und ich auf sie. Durch mich bekommen somit ihre Ansätze eine Stimme. Der Fokus, der sich daraus ergibt, fließt wiederum in mein beraterisches Tun ein. Die folgende Darstellung visualisiert dies:



6.3. Die hervorstechenden Rückkoppelungsprozesse zwischen meinem supervisorischen System und meiner Funktion als Supervisorin

Ich lege hier nun den Fokus auf die Reflexionsprozesse zwischen der zweiten und der dritten Supervisionsitzung. Nach der zweiten und dritten Sitzung mit der Gruppe fand jeweils eine Gruppenlehrsupervision statt. In diese brachte ich den bisherigen SV Verlauf mit der Arbeitsgruppe ein. Die Teilnehmer*innen bei der Gruppenlehrsupervision waren die Kolleg*innen aus der Ausbildung. Einige davon waren zusätzlich mit mir in einer Peer Group. Die Themen, die die Kolleg*innen aufgriffen waren:

- Das Spannungsfeld zwischen dem Auftrag Fallsupervision und die davon abweichenden Themen, die ich als Supervisorin der Arbeitsgruppe Justizteam zuließ.
- Die nicht regelmäßige Teilnahme der Leitung bei den SV.
- Meine Entscheidung, nicht im Vorhinein wissen zu wollen, wer an der SV teilnimmt.
- Mein supervisorisches Tun mit den jeweils Anwesenden - Meine Entscheidung, dies nicht von mir aus anzusprechen.

Meine Kolleg*innen waren teilweise sehr irritiert. Sie diskutierten in der ersten GLSV zum Thema Auftragsklärung, dass diese doch Fallsupervision war und ich es zuließ, ja sogar förderte, dass meine Supervisand*innen davon abweichen konnten. In der zweiten GLSV wiederholte sich diese Dynamik. Diesmal auf den Fokus, die Leitung müsse doch im Vorhinein sagen, ob sie an der Sitzung teilnimmt oder nicht.

Diese Botschaften wirkten stark und ich stellte mich und mein eigenes supervisorisches Tun in Frage. Zweifel stiegen in mir auf und meine Gedanken kreisten um die Fragen:

- „Mache ich die Supervision falsch?“
- „Muss ich einfordern, dass meine Supervisand*innen eine Woche im Vorhinein sagen, wer teilnimmt?“
- „Ist es meine Aufgabe, von der Leitung regelmäßige Teilnahme oder Nichtteilnahme einzufordern?“
- „Sollte ich die Themen Belastung und Arbeitsdruck jedes Mal auf die Fallarbeit umleiten?“

Grundsätzlich beschäftige ich mich gerne mit meinem eigenen Tun und wie ich Gelerntes umsetze oder nicht. Aber was mich hier so irritierte war, dass doch die Supervisand*innen selbst bestätigten, dass ihnen mein Vorgehen für ihre Auseinandersetzung und Reflexion hilfreich war.

Nachdem der nächste Supervisionstermin mit der Arbeitsgruppe in 10 Tagen sein sollte, entschied ich mich, meinen Lehrsupervisor anzurufen. Ich erzählte ihm von der GLSV und was mich beschäftigt. Ich buchte bei ihm zwei Notfalls-Einheiten, da ich so verunsichert war und nicht wusste, wie ich mit meinen Supervisand*innen in 10 Tagen arbeiten sollte.

In der Lehrsupervision war es möglich die Rückkoppelungen, die hier zwischen mir und meinen Kolleg*innen wirkten und sich auch wiederholten, zu untersuchen.

Wir arbeiteten heraus, dass es in meiner Peer Group sehr stark um das Thema „richtige Supervision“ ging. Wer von uns hat verstanden, auf was es ankommt und wer von uns arbeitet sauber nach der reinen Lehre. In dieser Dynamik steckten die Themen Konkurrenz, gefüttert mit den Fragen: „Wie viele Aufträge hast du?“, „Wie weit bist du mit der Homepage?“, „Wer hat die Anzahl an Lern-Supervisionen zusammen?“. Aber nicht nur Konkurrenz wirkte, sondern auch das Thema Anerkennung spielte mit hinein. Bezugnehmend auf das Kapitel Analyse von Rückkoppelungen lassen sich drei Faktoren identifizieren, die somit auch darauf hinweisen, dass es sich hier um einen beginnenden, sich selbst verstärkenden Rückkoppelungsprozess handelte:

- Uneinigkeit über das Ziel:

In der GLSV gab es, zu Beginn der von mir eingebrachten Erzählungen über meine Supervision mit der Arbeitsgruppe, keine Einigkeit darüber, was genau reflektiert werden soll. Ich hatte keine konkrete Fragestellung an meine Kolleg*innen.

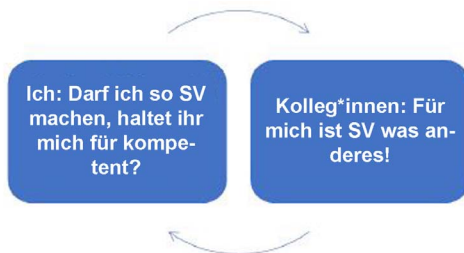
- Die Nichtvorhersehbarkeit von Systemreaktionen tritt in den Hintergrund:

Dies begann sich zu entwickeln. In der zweiten GLSV reagierten dieselben Personen ähnlich wie beim ersten Mal auf meine Darstellungen meines supervisorischen Tuns. Es kann hier angenommen werden, dass sich dies ohne die Interventionen und Reflexion in der Lehrsupervision weiter verselbständigt hätte.

- Starke Gefühle:

Meine starken Gefühle nach den GLSV und die Verstärkung meiner Zweifel erhärteten die Möglichkeit, dass ich mich in einem sich selbst verstärkenden Rückkoppelungsprozess befand.

Dieses Beispiel veranschaulicht nachdrücklich die Dynamik von „Richtig - Nicht Richtig“. Der Rückkoppelungsprozess ließ sich auf folgende Beziehungsbotschaften herunterbrechen :



Vom dem Moment an, in dem sich diese Dynamik etabliert hat, geht es nicht mehr um Sichtweisen auf das supervidierte Team, seine Möglichkeiten und Bedürfnisse, sondern um den Beziehungskampf unter Kolleg*innen. Erst wenn es gelingt, aus dem Teufelskreis auszusteigen, kann es wieder um die Supervisand*innen gehen.

6.4. Wie hat sich dies auf die Supervision mit der Gruppe ausgewirkt

Die Erkenntnis der Rückkoppelungen zwischen mir und meinem Supervisionssystem aus der Lehrsupervision half mir die Gruppe wieder im Fokus zu haben. Ich konnte eine andere Perspektive auf mich und meine Irritation aus

der Gruppenlehrsupervision entwickeln. Somit gelang es mir meine Beziehungsbotschaft: „Bin ich für euch eine gute Supervisorin, mache ich es richtig?“ zu verändern. Ich richtete meinen Blick wieder auf die Supervisionsgruppe und musste mich nicht mehr mit meinem Ego beschäftigen.

Auf der Handlungsebene konnte ich den Prozess der Gruppe begleiten und wachsam sein, wann sie so weit sind Gegebenheiten anzusprechen oder eben nicht. Nicht ich als Supervisorin entscheide, welche Themen für die Gruppe in der Supervision wichtig sind. Für die Gruppe war es noch kein Thema, dass an manchen Supervisionssitzungen die Leitung teilnahm und an manchen Sitzungen nicht. Auch für die Leitung, die gleichzeitig meine Auftraggeber waren, war es kein Thema, dass nicht bei jeder Einheit eine Fallgeschichte im Vordergrund stehen musste. Es wäre nicht meine Aufgabe gewesen, dieses Thema für die Gruppe festzulegen. Meine Aufgabe bestand darin, den Themen der Gruppe einen Rahmen zu geben, die Supervisand*innen dabei zu unterstützen, Dinge beim Namen zu nennen und in Konflikt zu gehen oder Konflikte besprechbar zu machen. Von mir kamen Vorschläge für die jeweilige methodische Bearbeitung. Und auch dabei ging es nicht akribisch darum, eine Methode um der Methode Willen zu wählen und durchzubringen. Die Methoden sollten dem Prozess angepasst sein. So kann eine Aufstellung eine noch so attraktive Spielweise für einen Supervisor darstellen, wenn die Gruppe noch mit dem Thema Sicherheit finden beschäftigt ist, könnte es sein, dass sie diese Methode nicht annehmen kann. Dies wiederum ist dann eine Botschaft für den Supervisor, wo die Gruppe steht.

Meine Interventionen hantelten sich an einem Leitfaden entlang. Dieser Leitfaden kann so übersetzt werden, dass Supervision in meinem Verständnis Handlungsspielräume öffnen und nicht einengen soll. Raum eröffnen zum Interpretieren, um die Ecke schauen und eventuell neue Perspektiven auf Problemstellungen zu bekommen. Es geht um die Gruppe und darum, Muster und Wiederholungen zur Reflexion zu stellen, wenn sie in eine dysfunktionale Dynamik münden.

6.5. Wie hat der systemische Blick meine beraterische Arbeit beeinflusst

In der Supervision selbst war mein Handeln an die Hypothese angelehnt, dass die Supervisand*innen nicht nur Bewirkte sind, sondern auch selbst Wirksamkeit erzeugen. Im Supervisionsverlauf der dritten Sitzung lässt sich gut erkennen, dass es mir ein Anliegen war, dass die Supervisand*innen an Hand der Aufgabe ihre Ansprüche zu sortieren (Ansprüche an mich selbst, Ansprüche an das Team und Ansprüche an die Leitung), die Wechselwirkungen zwischen diesen erkennen. So war es möglich, dass sie aus ihrer Ohnmacht aussteigen konnten und sich wieder bemächtigt fühlten. Aber auch in den jeweiligen Fallgeschichten konnten die Fallbringer*innen erkennen, wie sie, durch das Bewusstsein, in welchen selbstgewählten Rollen sie ihren Klient*innen begegneten diverse Dynamiken mitsteuern. Der systemische Blick in der beraterischen Arbeit heißt, erkennen zu können, dass man innerhalb des Systems ist und folglich das Wie des Beobachtens eine Auswirkung darauf hat, welches Was erkennbar wird.

7. Fazit

Welches Fazit kann nun abschließend in Bezug auf das Erkenntnisinteresse meiner Abschlussarbeit gezogen werden? Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch den Blick der systemischen Brille, besonders die Betrachtungsweisen von sich selbst verstärkenden Rückkopplungsdynamiken, die gewünschte Wirksamkeit, einen Perspektivenwechsel in der Supervision bei den Supervisanden anzustoßen, gelingt. Wie in der Fallvignette Herbert ausführlich beleuchtet, konnte er, durch die Betrachtung des wiederholenden Interaktionsmusters mit seiner Chefin, eine neue Sichtweise einnehmen. Es ist ihm durch die Veränderung der Sichtweise gelungen, sich selbst als wirksam zu betrachten. Er wurde dadurch handlungsfähig und das ermöglichte ihm, die Beziehungsebene zu seiner Vorgesetzten aktiv zu gestalten, um letztlich so auch seine Professionalität zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Auch die Betrachtung der Rückkoppelung zwischen mir als Supervisorin, meinen Supervisand*innen und meinem professionellen Reflexionssystem führte Perspektivenwechsel herbei. So ist es mir gelungen, aus emotionalen

Verkettungen auszusteigen. Letztlich war es mir so wieder möglich, den Prozessraum der Gruppe offen zu halten und zu weiten und nicht, durch polarisierende Sichten von Richtig und Falsch, zu verkleinern. Bezugnehmend auf das Kapitel „Mein persönlicher Zugang zu Zirkularität“ konnte ich durch die schriftliche Verarbeitung der theoretischen Erläuterungen dieser Arbeit, die Frage, ob menschliches Verhalten auf Basis der Zirkularität vorhersehbar ist oder nicht, mit einem klaren „Jein“ beantworten.

Diese Arbeit zeigt, dass bei wiederkehrenden problembelasteten Interaktionsdynamiken, die Agierenden selbst dazu beitragen, dass das System aufrecht bleibt. Die Beschreibungen zu Autopoiesis liefern die Grundlage, wie Systeme danach streben ihren stabilen Zustand aufrecht zu erhalten. Somit wird klar, dass Supervision aus systemischer Sicht dazu beitragen kann, diese zu stören. Und doch ist die Reflexion über Rückkoppelungen ein bedeutender Hebel, um den Agierenden ihre Wirksamkeit vor Augen zu führen. Somit wird es möglich dysfunktionale Beziehungen durch die Veränderung der Bewertungskriterien zu unterbrechen. Ich beende diese Arbeit mit einem Zitat von Paul Watzlawick (1969):

„Da sowohl Wandel wie Stabilität zu den wichtigsten Manifestationen des Lebens gehören, ist anzunehmen, dass in ihnen positive und negative Rückkopplungsmechanismen in ganz spezifischen Formen von gegenseitiger Abhängigkeit und Komplementarität wirksam sind.“ (Watzlawick, P. et al., 1969, S.33)

8. Literaturverzeichnis

- Andersen, T. (1990). Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- De Shazer, St. (2008). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. (10. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer
- Glaserfeld, E. v. (1997). Radikaler Konstruktivismus: Ideen, Ergebnisse, Probleme. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. Berlin: Suhrkamp Verlag
- Houellebecq, M. (2015). Unterwerfung. Köln: DuMont Buchverlag
- Judy, M., Milowitz, W. (o.D). Der Teufelskreis in der Supervision. Rückkoppelung als Diag-

noseinstrument. Abgerufen von www.asys.ac am 06.01.2021

Lamnek, S., Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz

Maturana, H.R., Valera, F.J. (2015). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. (6.Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschen-buch Verlag

Milowitz, W. (2009). *Teufelskreis und Lebensweg. Systemisch denken im sozialen Feld*. (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Paseka, A., Hinzke, JH. (2014). *Fallvignetten, Dilemmainterviews und dokumentarische Methode: Chancen und Grenzen für die Erfassung von Lehrprofessionalität* – In: Lehrer-

bildung auf dem Prüfstand 7. S. 46-63 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-147476

Pörksen, B. (2008). *Die Gewissheit der Ungewissheit. Gespräche zum Konstruktivismus*. (2. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer

Simon, F.B. (2017). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*. (8. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag

Stangl, W. (2021). Stichwort: Fallbeispiel-Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Angerufen von <https://lexikon.stangl.eu/18304/fallbeispiel> am 13.05.2021

Watzlawick, P. et Al. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien*. (12. Auflage). Bern: Huber

Die Krankheit, die es nicht geben soll

Soziale Dynamiken um Post-COVID

Christian Reininger

„Was ist da los?“

„Meine Mutter lag im Sommer 2023 nach einer Operation in einem österreichischen Krankenhaus. Das 6-Bett-Zimmer war voll belegt, allesamt Frauen über 80 Jahre. Eine dieser Patientinnen hustete stark, hatte Fieber, es ging ihr offensichtlich sehr schlecht. Aufgrund der Symptome befürchteten die Zimmerkolleginnen eine mögliche COVID-19-Infektion. Die Frau verblieb im 6-Bett-Zimmer. Unmittelbar nach der Entlassung bekam meine Mutter ähnliche Symptome. Ein COVID-19-Test war positiv. Ich meldete diese Infektion dem Krankenhaus zurück. Dort sagte mir eine sehr freundliche und bemühte Dame, dass in der Zwischenzeit bereits reagiert wurde, nachdem mittlerweile auch im Personal der Station das Virus wieder sehr stark kursiere. Die bisher gültigen Schutzmaßnahmen waren einige Wochen davor von der Regierung für beendet erklärt worden. Das Krankenhaus war ihrer Angabe nach vom neuerlichen Infektionsgeschehen völlig überrascht. Wie viele Personen sich angesteckt hatten ist mir nicht bekannt. Zwei Patientinnen aus dem Zimmer starben kurze Zeit später. An COVID-19? Oder gab es völlig unabhängig davon andere Todesursachen? Eine zusätzliche Infektion bei einer bereits bestehenden ernsthaften Erkrankung scheint mir jedoch so oder so eine große Belastung zu sein, die besser vermieden werden sollte.“¹

Kann uns tatsächlich auch nach 3,5 Jahren Pandemie diese seltsame Viruserkrankung immer noch oder gar schon wieder überraschen? Handelt es sich bei dieser Geschichte bloß um einen Einzelfall oder scheitern wir sogar an solchen besonders exponierten und sensiblen Orten daran, vulnerable und gefährdete Menschen besser zu schützen? Sind wir allem technischen Fortschritt zum Trotz bereits an die Grenzen des alltäglich finanziell, organisatorisch oder menschlich Leistbaren gelangt? Sind wir bereits zu erschöpft? Treibt uns eine tiefe Sehnsucht, nach einer sehr herausfordernden Zeit und angesichts vieler weiterhin auf uns hereinbrechenden Krisen endlich wieder zu einer Normalität zurückzukehren – ohne aber eine

¹ Erfahrungsbericht eines Post-COVID-Betroffenen (nähere Infos zur Herkunft der Erfahrungsberichte, siehe: Quellenangabe).

konkrete Vorstellung davon zu haben, wie diese sinnvoll aussehen könnte? Oder war alles sowieso bloß unnötig groß aufgeblasen und gibt es gar keine Notwendigkeit, Lösungen zu finden, da das Virus (samt seinen möglichen Folgen) total harmlos oder gar erfunden ist, wie so manche behaupten?

Über diesen Artikel

Wie jede andere Erkrankung kann auch (Post-) COVID-19 besser verstanden werden, wenn neben den somatischen Prozessen auch die psychosozialen in den Blick genommen werden, in die eine Erkrankung stets eingebettet ist – sowohl beim Kranken als auch gesellschaftlich. Einige dieser psychosozialen Aspekte sollen in diesem Artikel exemplarisch aufgegriffen werden.

Ganz bewusst soll dabei überwiegend von jener Perspektive ausgegangen werden, die im aktuell vorherrschenden Wissenschaftsverständnis und in unserem Gesundheitssystem geradezu suspekt erscheint: das subjektive Erleben der Betroffenen. Im Bemühen um „Objektivität“ und in der Anwendung allgemein bewährter Behandlungsroutinen wird das Subjektive schnell zur Störgröße. In systemischen Zugängen wird hingegen diese spezielle Expertise ausdrücklich anerkannt und in ihrer Bedeutung für ein wirkungsvolles Beziehungsgeschehen – und als solche kann jede Heilbehandlung gesehen werden – gewürdigt.² In diesem Sinn sollen hier marginalisierte Erfahrungen der Betroffenen in den Diskurs eingebracht werden.³

Die Erfahrungsberichte werden mit weit verbreiteten Standpunkten von Expert*innen in Verbindung gesetzt. In den Infoblöcken werden der aktuelle Wissensstand zu Post-COVID und

² Zur näheren Auseinandersetzung mit diesen Zugängen, siehe: Anderson und Goolishian (1992). Zu der Bedeutung der therapeutischen Beziehung, siehe die Ergebnisse der Therapiewirksamkeitsforschung beispielsweise bei Grawe (1994) oder Wampold (2017)

³ Expertise bedeutet nicht, dass Betroffene unfehlbar sind. Auch die Expertise der Behandler*innen soll damit nicht in Frage gestellt werden. Aber bestimmte wesentliche Informationen können nur von Betroffenen selbst beigesteuert werden.

bedeutsame Aspekte der Erkrankung aufbereitet. Häufig beobachtbare Dynamiken, die rund um diese Erkrankung entstehen, werden benannt und als ein zirkuläres, also sich durch Rückkoppelung (re-) produzierendes Geschehen beschrieben.⁴ Es handelt sich dabei um eine neutrale Beschreibung von sich wechselseitig verstärkenden Prozessen, die sich auch ohne bewusstes Zutun einzelner Akteur*innen am Leben erhalten. Damit wird es möglich, nachzuzeichnen, wie eine somatische Erkrankung zu einer zunehmenden sozialen und krankheitsmäßigen Eskalation führen kann. Ideen zu möglichen Musterunterbrechungen finden sich am Ende des Artikels.

Die folgenden Betrachtungsebenen werden deutlich voneinander getrennt. Dies erhöht die Transparenz und ermöglicht alternative Verknüpfungen durch die Leser*innen⁵:

Unterschiedliche Erfahrungsberichte von 25 Betroffenen⁶

Das, was man derzeit über Post-COVID und mögliche Folgen weiß (in den Infoblöcken)

Die verbindende Erzählung einer sozialen Eskalation

Der Versuch, das jeweilige Geschehen als Rückkopplungsphänomen zu beschreiben

Post-COVID – Was ist das?

Zigtausende Österreicher*innen haben sich von ihrer COVID-19-Infektion nicht mehr richtig erholt.⁷ Die Symptome sind mannigfaltig und reichen von eher harmlosen Beschwerden über schwere chronische Beeinträchtigungen bis hin zu Organschäden und lebensbedrohlichen

4 Zur näheren Auseinandersetzung mit dem Konzept „Zirkularität“ siehe: die Grundlagenwerke etwa von Simon (2006) oder Milowitz (2009).

5 Der Autor ist selbst Betroffener und daher in die hier beschriebenen Phänomene unmittelbar involviert. Er kann also nicht als neutraler Beobachter des Geschehens gelten, wenngleich er um eine reflexive Distanz und intersubjektive Positionierung bemüht ist.

6 Die Erfahrungsberichte von Betroffenen wurden für diesen Artikel nach dem Gesichtspunkt ausgewählt, dass diese in sehr ähnlicher Art und Weise auch von vielen anderen Betroffenen geteilt werden und somit gehäuft vorkommende Erfahrungen beschrieben werden. Dies kann im Rahmen dieses Artikels nur eine sehr kleine Auswahl darstellen. Nähere Infos zur Auswahl: siehe Quellenangabe 7

7 Die Größenordnung ist nach wie vor ungeklärt. Schätzungen reichen von mind. 10.000 bis einigen 100.000 Betroffenen in Österreich.

Zuständen.⁸ Bei den meisten Menschen kann sich der Organismus nach der Infektion relativ schnell oder zumindest innerhalb weniger Wochen gut regulieren und neu stabilisieren. Bei Post-COVID-Betroffenen hingegen dauern die Beschwerden monate-, jahrelang oder möglicherweise dauerhaft an. Als ein weit verbreitetes Symptom gilt die Post-Exertional-Malaise (PEM), bei der zeitverzögert nach bereits geringer Belastung Krankheitszustände ausgelöst werden können, in denen sich bestehende Symptome massiv verschlechtern.⁹ Schwer Betroffene sind dadurch in ihrer Lebensqualität und ihrem Alltag sehr stark eingeschränkt, zumindest vorübergehend nicht oder nur teilweise arbeitsfähig, einige werden pflegebedürftig.

Eine Betroffene beschreibt ihren im Grunde sehr typischen Verlauf:

„Zweite COVID-Infektion (nach 3x Impfung) im Herbst 2022. Leichter Verlauf. Ab da wöchentliche Infekte (Angina, Schnupfen, grippeähnliche Zustände, etc.) bis hin zum Kreislaufkollaps. Extreme Fatigue und Unsicherheit, warum ich nicht gesund werde. Hausarzt und HNO-Arzt hatten keine Ahnung. Bei Spaziergängen fiel mir auf, dass mein Puls teilweise bei 210 bpm lag. Dann hatte ich auch bei Ruhephasen Herzrasen und wurde mit Verdacht auf Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert. Ergebnis negativ, aber die behandelnde Ärztin äußerte die Vermutung: Long-COVID.“

Ich war fest davon überzeugt, dass ich nur etwas Zeit bräuchte, um mich zu erholen. Also schleppte ich mich wieder täglich in die Arbeit, schaffte sie aber nur noch kaum. Nach 2,5 Monaten weiterer Kollaps und mein neuer Hausarzt beantragte einen Reha-Aufenthalt für Long-COVID und schrieb mich auf unbestimmte Zeit krank. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich folgende Symptome: Fatigue, hohe Belastungsintoleranz, Insomnie, Migräne, Brainfog, Gelenk- und Gliederschmerzen, extremer Haarausfall, Geruchs- und Geschmacksverlust, Lichtempfindlichkeit und regelmäßige Synkopen.“

Der Organismus wird durch das Virus verstört, reagiert darauf mit seinen üblichen (Immun-) Antworten. Bei Post-COVID kann folgende Rückkoppelung vermutet werden: Aus bisher unbekanntem Gründen führen die somatischen Antworten in manchen Fällen zu keiner stabilen Neuordnung. Statt der erwünschten Re-Stabili-

8 Nähere Infos dazu finden sich weiter unten im Infoblock: Allgemeine Informationen zu (Post-)COVID

9 Nähere Infos dazu finden sich weiter unten in den Infoblöcken: PEM, Fatigue und Brainfog

sierung kommt es zu einer weiteren Destabilisierung. Der Körper reagiert auf die neuerliche Destabilisierung, aber seine Reaktionen destabilisieren bloß weiter, worauf er weiter reagiert, was weiter destabilisiert: Der Organismus im endlosen (und sich erschöpfenden) Bemühen um eine neue Stabilität?

Eine starke Irritation – „Was ist los mit mir?“

Die körperlichen Reaktionen sind also vielfältig, teilweise sehr massiv, in Art und Ausprägung unbekannt, rätselhaft und beängstigend. Sie bestehen trotz Behandlung monatelang fort.

„Ich arbeite 30 Stunden die Woche... Long-COVID bedingt nur Reha-Aufenthalt 2022... sonst nie Krankenstand... und es wird immer zacher, weil bei gleichbleibender Aktivität ... Arbeit und Freizeit... mein Körper immer schneller erschöpft... schmerzt... daher kognitiv auch immer mehr beeinträchtigt... und ich habe Angst mir eingestehen zu müssen, dass es so nicht weiter gehen kann... hatte jetzt Urlaub... schwimmen im Meer... und bin jetzt körperlich mehr geschwächt als davor... keine Ahnung wo das hinführen wird.“

„Ich habe schnell gemerkt, dass irgendetwas größer nicht stimmt. Aber ich konnte es mir einfach nicht erklären. Wieso ging mir plötzlich die Luft aus, wenn ich ein Stockwerk hinaufging oder ein paar schnellere Schritte machte? Vor der Infektion habe ich noch problemlos Sport betrieben. Woher kamen diese eigenartigen Schmerzen am ganzen Körper, die ich so noch nicht erlebt hatte? Wieso kamen ständig neue Infekte daher, denen mein Organismus offensichtlich wenig entgegenzusetzen hatte? Ich konnte auf einmal nicht mehr richtig schlafen und länger konzentriert denken. Alles für sich genommen kleine Veränderungen, aber im Zusammenspiel wuchs mir mein Leben langsam über den Kopf.“

„Ich lag auf der Intensivstation der Notaufnahme. Es war bereits 4 Uhr morgens. Ich suchte auf meinem Smartphone nach den Zugverbindungen, damit ich am aufziehenden Tag einen wichtigen beruflichen Termin wahrnehmen konnte, sobald ich hier mit allem fertig war. Aufgrund der Medikation, die ich erhalten hatte, ging Autofahren nicht und schwach fühlte ich mich sowieso. Während ich also darauf wartete, endlich entlassen zu werden und nach Zugverbindungen suchte, wurde mir dann doch irgendwann bewusst, wie absolut crazy mein Verhalten war und ich musste über mich selbst schmunzeln. Erst dann sagte ich schweren Herzens alle Termine ab.“

Eine Irritation löst einen vorübergehenden Zustand der Instabilität aus, bis sich wieder die alte oder eine neue Ordnung einstellt.²⁵ Früher oder später lassen sich passende Antworten finden und es entsteht mit der Zeit eine neue tragende Struktur. Manchmal kann die Irritation auch getrost ignoriert werden, da diese unwesentlich ist. Das alles kennen wir von unserem Umgang mit alltäglich auftretenden Irritationen.

Hier ist allerdings folgende Rückkoppelung nicht unwahrscheinlich: Die Irritation kommt nicht zur Ruhe, da keine verlässlichen Antworten gefunden werden können und keine stabile Neuordnung entsteht. Ignorieren funktioniert nicht, wenn der Körper ständig neu und massiv genug irritiert. Unter diesen Umständen schaukelt sich die Verunsicherung immer weiter auf. Auf Irritation folgt nicht wie üblich irgendwann wieder Beruhigung/Auflösung, sondern stets weitere Irritation.²⁶ Sind Lösungsversuche vergeblich, verstärken diese die Irritation und die wachsende Irritation führt zu weiteren vergeblichen Lösungsversuchen.²⁷ Analog zur chronischen somatischen Destabilisierung gelingt es auch psychodynamisch nicht, der Bedrohungslage ausreichend (neue) Sicherheit entgegen zu stellen.

Eine starke Irritation – „Was ist los mit Dir?“

Irritierte und verunsicherte Betroffene treffen nun überwiegend auf ein Umfeld, das dieser Irritation zunächst mit dessen altbewährten Strategien begegnet.

„Sprechstundenhilfe: ‚Ja, ich kenn das. Ich arbeite auch jede Woche sehr hart und bin dann erschöpft. Das ist halt auch das Alter.‘

Anmerkung: Ich bin 35 Jahre alt, hab vor der Erkrankung 2-4x/Woche Sport gemacht und körperlich gearbeitet. Ich war damals bei der Hausärztin, nachdem ich wegen eines Crashes in den Kranken-

²⁵ Piaget (1978) sieht dabei zwei mögliche Anpassungsreaktionen: die Assimilation (Einpassung von neuen Informationen in bestehende mentale Strukturen) und die Akkommodation (Anpassung dieser Strukturen an die neue Anforderung)

²⁶ Dieser Artikel beschäftigt sich mit jenen sozialen Wechselwirkungen, die einen krisenhaften Verlauf unterstützen. Dort, wo verlässliche Antworten gefunden werden können oder eine stabile Neuordnung entsteht, ist auch die Irritation und die Bedrohungslage beendet.

²⁷ Im Sinne von Watzlawick und Milowitz (2009), dass unter ungünstigen Umständen die Lösungsversuche selbst dazu beitragen können, ein Problem zu erhalten oder zu verschlimmern.

Infoblock:

Allgemeine Informationen zu (Post-)COVID

Zur Größenordnung der Erkrankung:

- In Österreich wurden über **6 Millionen COVID-19-Infektionen** nachgewiesen.¹⁰
- **22.542 Todesfälle** wurden in Zusammenhang mit einer akuten COVID-19-Infektion gebracht.¹¹
- Während die allermeisten Erkrankten die Infektion ohne größere Probleme überwinden konnten, leidet **ein nicht unbeträchtlicher Teil der Betroffenen an längerfristigen Symptomen**.¹²
- Die WHO schätzte bereits 2 Jahre nach Ausbruch der Pandemie die Anzahl der in Europa von Post-COVID betroffenen Menschen auf mindestens 17 Millionen. Aktuell geht sie bereits **von 36 Millionen Betroffenen** aus.¹³
- Diese Zahlen zeigen **die gesundheitspolitische und gesellschaftliche Herausforderung** dieses Phänomens.

Die Symptome:

- Anders als zu Beginn der Pandemie vermutet, handelt es sich bei COVID-19 NICHT um eine reine Lungenerkrankung, sondern um **eine Multisystemerkrankung**.¹⁴
- Unter anderem kann die Infektion **zu Lungenentzündungen, Herzentzündungen, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfällen, Thrombosen, Nierenversagen oder einer überschießenden Immunreaktion** führen.¹⁵
- Wie bei anderen Virus-Erkrankungen bereits bekannt, **können bestimmte Symptome auch lange nach der Infektion bestehen bleiben**.¹⁶
- In einer britischen Studie wurden in Zusammenhang mit Post-COVID 203 Symptome in 10 Bereichen des menschlichen Körpers untersucht. **66 dieser Symptome hielten länger als 7 Monate an**.¹⁷
- Mögliche Symptome zeigen sich häufig:¹⁸
 - in den **Atemwegen** (wie Kurzatmigkeit, Atemnot, trockener Husten),
 - als **neurologische Symptome** (wie Veränderung des Geruchs- und Geschmacksinns, Schwindel, Nervenschmerzen, Reizüberempfindlichkeit),
 - als **kognitive Probleme** (wie „Brain Fog“, Gedächtnisprobleme, Wortfindungsschwierigkeiten),
 - als **chronische Schmerzen** (beispielsweise in der Brust, in den Gelenken, im Kopf),
 - in **kardiologischen Beschwerden** (wie Herzrhythmusstörungen, Herzrasen, Herzmuskelentzündungen)
 - in **Problemen im Bereich Hals-Nasen-Ohren und Augen** (wie Halsentzündungen, Nasenrinnen, Tinnitus, Sehstörungen),
 - im **Magen-Darm-Bereich** (wie Diarrhoe, Appetitverlust, Magenschmerzen),
 - in **Schlafstörungen**,
 - in neu auftretenden **Allergien**,
 - in **dermatologischen Veränderungen**,
 - im **Urogenital- und Reproduktionsbereich**
- Bei all dieser Symptomvielfalt zeigt sich **als übergreifendes Symptom** sehr häufig die **Post-Exertional-Malaise** (kurz: PEM), die teilweise bereits nach geringster Belastung extreme Erschöpfungszustände (Fatigue) auslösen kann. **Fatigue** hat nichts mit Müdigkeit zu tun, sondern kann vielleicht besser als grippeähnlicher Zustand vorgestellt werden. Die **Ähnlichkeiten mit ME/CFS** (Myalgische Enzephalomyelitis/das Chronische Fatigue-Syndrom) sind markant.¹⁹

Folgen für Betroffene:

10 Laborbestätigte Fälle in Österreich bis zum Ende der Meldepflicht Ende Juni 2023 laut AGES COVID-Dashboard zit. nach ORF

11 Ebenso Stand Juni 2023 nach Statista

12 Die Schätzungen schwanken – auch je nach Variante. Antonelli et al. (2022) sprechen von 10,8% bei der Deltavariante und weniger als die Hälfte davon bei Omikron.

13 Weltgesundheitsorganisation 2022 und 2023

14 Vgl. Meinertz auf der Homepage der Deutschen Herzstiftung

15 ebd.

16 ebd.

17 Davis et al. (2021)

18 Vgl. ebd.

19 Gegenüberstellung auf der Homepage der deutschen Gesellschaft für ME/CFS: <https://www.mecfs.de/longcovid/>

- **Diese gesundheitlichen Probleme reduzieren die Lebensqualität** der Betroffenen längerfristig.²⁰
- Betroffene, die länger als 6 Monate unter den Symptomen leiden, **sind zu zwei Drittel nicht mehr oder nur noch in Teilzeit arbeitsfähig, einige sogar pflegebedürftig.**²¹
- Eine **anerkannte Behandlung der Erkrankung gibt es derzeit nicht**, die einzelnen Gesundheitsprobleme werden symptomatisch behandelt.
- Um einer weiteren Verschlechterung entgegen zu wirken, gilt **„Pacing“ als Strategie zum Krankheitsmanagement** als **zentral**, um einer Überbelastung mit einer folgenden Zustandsverschlechterung und die Gefahr einer dauerhaften Verfestigung der Symptome möglichst zu vermeiden.²²

Mögliche weitere Auswirkungen:

- Post-COVID **erhöht etwa das Risiko für Typ-2-Diabetes, Thromboembolien, psychische Probleme** (wie Angststörungen, depressive Zustände) und **für kardiovaskuläre Symptome, wie Herzinsuffizienz oder Herzmuskelentzündungen.**²³

Befunde:

- Auf folgende **organische Veränderungen bei Post-COVID** deuten aktuell bisherige Studien:²⁴ Reduzierter zerebraler Blutfluss, endotheliale Dysfunktion, Autoantikörper gegen G-Protein gekoppelte Rezeptoren, regionaler Hypometabolismus im zentralen Nervensystem, verringerte periphere Sauerstoffversorgung, erhöhte ventrikuläre Laktatlevel, Arterielle Steifheit, überaktivierte Blutplättchen und kleinste Blutgerinnsel sowie verminderte Verformbarkeit roter Blutkörperchen.

20 Loque et al. (2021) oder Seeble et al. (2022)

21 Kedor et al. (2022)

22 Leitlinie „Long-COVID S1“ der österreichischen Fachgesellschaften (2021). Die Begriffe „PEM, Fatigue, Brainfog und Pacing“ werden weiter unten in den Infoblöcken näher erklärt.

23 Vgl. Meinertz auf der Homepage der Deutschen Herzstiftung. Viele internationale Studien belegen hier eindeutig das erhöhte Risiko von Herzerkrankungen als Folge einer COVID-19 Infektion

24 Zusammenfassung und Überblick durch die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS: <https://www.mecfs.de/longcovid/>

stand musste. Es war am Anfang so schlimm, dass ich ohne Hilfe nicht gehen oder ein Glas halten konnte... Aber sie hat wahrscheinlich Recht. Das ist alles ganz normal für Mitte 30.“

„Das mit der Erschöpfung kenne ich. Du musst dich einfach einmal ausschlafen.“

„Freund: ‚Du musst einfach wieder mehr Sport machen!‘

„Freundinnen: ‚Herzrasen? Das hab ich auch manchmal!‘, ‚Einschränkungen? Die haben wir in unserem Alter doch alle!‘“

„Mutter einer ehemaligen Schülerin: ‚Solangs so ist! Viele Leute sind viel ärger dran!‘“

„Kollege: ‚Das bildest Du Dir bloß ein!‘“

„Ratschlag: ‚Einfach positiv bleiben und Dich nicht so auf die Krankheit fixieren!‘ Klar, bloß wie geht das?“

„Ich: ‚Ich bin so müde und erschöpft.‘ Andere Person: ‚Ja das bin ich auch.‘“

„...von meiner langjährigen Freundin: ‚Jetzt reiß dich halt mal zsm!‘“

„Ich zu meiner Mutter: ‚Ich bin unheilbar erkrankt.‘ Meine Mutter: ‚Lass dir Zeit, du wirst wieder gesund.‘“

„Gut, wie sollen auch meine Freunde und meine Familie die Erkrankung verstehen, wenn nicht einmal ich sie verstehe und auch die Medizin noch völlig im Dunkeln tappt?“

Die Betroffenen suchen auch in sozialen Beziehungen nach Antworten zur Beruhigung ihrer Irritation. Das Umfeld greift dabei auf bisher bewährte Strategien zurück. Da kann zufällig etwas Hilfreiches dabei sein. Oder aber es irritiert noch weiter. Letzteres ist nicht unwahrscheinlich, wenn ein neues Phänomen auftritt, bei dem viele altbewährte Strategien ins Leere laufen. Wenn sich daraufhin die Betroffenen irritiert zeigen, wird wohl auch das Umfeld wiederum über diese Reaktion irritiert sein („Ich wollte ja nur helfen!“, „Warum bist du so stur und uneinsichtig?“, ...). Die nächste Rückkopplung: Die Irritation des Betroffenen irritiert das Umfeld und das irritierte Umfeld irritiert die Betroffenen, was in weiterer Folge das Umfeld und auch die Betroffene immer weiter irritiert.

Veränderungen in den sozialen Beziehungen – „So geht es nicht mehr weiter!“

Chronische Erkrankungen verändern aufgrund der einhergehenden Einschränkungen grund-

sätzlich soziale Beziehungen. Die Rätselhaftigkeit der Erkrankung erhöht allerdings wohl nochmals die Wahrscheinlichkeit für Konflikte und Beziehungsbrüche.

„Ich hatte meiner Freundin nach der Reha geschrieben, dass ich mit ihr reden muss. Sie fragte: ‚Was Gutes oder Schlechtes?‘ Meine Antwort: ‚Wie man es nimmt.‘ Tja das war es. Seither herrscht Funkstille.“

„Das ist für mich auch sehr hart, weil ich immer einen großen Freundes-/Bekanntenkreis hatte, diesen gepflegt hab und viel unterwegs war. Jetzt gibt es ‚Freunde‘ und Familie, die tatsächlich persönlich beleidigt sind, wenn ich nicht zu einer Party kommen kann. Ich weiß nicht.... können diese Menschen sich echt nicht in uns hineinversetzen? Oder das zumindest versuchen? Mir machts ja auch keinen Spaß mit Schmerzen im abgedunkelten Zimmer zu liegen.... ich wär ja auch lieber fit und mit lieben Menschen zusammen! Aber auch ich hab das Glück, dass mir manche Freundinnen dennoch geblieben sind und hab sogar neue Bekanntschaften geschlossen, mit Menschen, die Verständnis für meine Krankheit zeigen.“

„Ich bin halt auch kein angenehmer Zeitgenosse mehr. Ich habe täglich Schmerzen, kann mich nicht lange konzentrieren, bin schnell mal überfordert, brauche ständig Pausen, bin zu nichts zu gebrauchen, kann weder Sport machen noch Fortgehen. Das war vor gar nicht langer Zeit alles ganz anders.“

„Die Menschen können es einfach nicht verstehen. Musste mir zum Glück keine blöden Kommentare anhören, aber es hat ein Jahr Erklärungen gebraucht und einschneidende Maßnahmen wie Anrufverbot, damit ich meine Ruhe hatte. War ja im ersten Jahr nicht mal in der Lage mehr als 10‘ zu telefonieren und die Erwartungen, dass man innerhalb der nächsten 2 Tage zurückruft, haben mich auch gestresst. An persönliche Treffen ist gar nicht zu denken. Auch an Besuche inzwischen nicht mehr. Musste meiner Mutter schon mehrfach kurzfristig absagen, weil ich nicht aus dem Bett komme und reden zu anstrengend ist. Und habe sie seit zwei Jahren nicht mehr besucht, weil ich es nicht bis zu ihr schaffe oder Angst habe dort einzugehen und nicht mehr heimzukommen.“

„Ich hatte wieder einmal so eine Nacht: Aufgewacht mit plötzlichem Vorhofflimmern (170 Ruhepuls, das Herz zuckt wie verrückt), Atemnot, die linke Körperseite taub, Schmerzen in Rücken und Brust. Unmöglich weiter zu schlafen, also aufstehen, was trinken, etwas frische Luft am Fenster schnappen und hoffen, dass es bald wieder vorbei geht. Wenn nämlich nicht, heißt es wieder einmal:

ab ins Krankenhaus, Untersuchungen, Infusionen, stundenlang herumliegen und am Ende steht dann vielleicht ein Elektroschock. Ein Horror alles. Nach einigen Stunden springt der Rhythmus wieder von selbst rein. Einfach so. Ich gehe zu einem wichtigen Arbeitstermin, extrem müde und erschöpft, aber froh, dass ich wieder normal Luft bekomme und das Herz richtig schlägt. Ein lieber Arbeitskollege, der von meiner Erkrankung weiß, fragt mich noch schnell nach meinem Befinden. Ich antworte: „Danke, mir geht es gut!“ Und beschreibe damit mein augenblickliches Glücksgefühl, es vorläufig wieder überstanden zu haben. Für eine längere Schilderung fehlt die Zeit. Er versteht es anders: „Schön, dass es Dir wieder gut geht! Ich hab‘ ja gewusst, dass das alles harmlos ist und bald vorbei geht.“

„Von Freundinnen und Verwandten, von denen einige aus dem Gesundheitsbereich kommen und ich deshalb Empathie bzw. Fachwissen vorausgesetzt hatte, habe ich (ohne danach gefragt zu haben!) eine erstaunliche Anzahl an plumpen Ratschlägen erhalten, die mir wie Lesungen aus der Glaskugel vorgekommen sind. Denn diese Menschen wussten in Wahrheit nicht mal ansatzweise über die Auswirkungen der Impfung²⁸ bzw. der sich daraus entwickelten System- und Organstörungen Bescheid. Diese gefühlsarme Dreistigkeit aus meinem engen Kreis hat mich sehr verletzt und überrascht. Weniger erstaunt hat mich, dass sich andere im Laufe der Zeit von selbst zurückgezogen haben. Mag sein, dass sie mit meinen eigentümlichen Einschränkungen nicht umgehen konnten. Verständlich, dass es verängstigt, dem Ausmaß einer Bedrohung ins Gesicht zu sehen und möglicherweise bin ich für diese Menschen zum personifizierten Sinnbild einer Bedrohung geworden, die sie jederzeit selbst treffen kann.“

„Nicht nur die Reaktionen der Menschen verletzen, auch unsre sozialen Kontakte schrumpfen! Aus dem Berufsleben raus: keine regelmäßigen Kontakte mehr zu den Kollegas. Familie: viele Feiern, Treffen, Jubiläen der Eltern....musste ich auslassen. Freundeskreis: Urlaubsrunde fährt 2x jährlich zur Weinkost-ohne mich. Kleinere Treffen mit Nachbarn - musste ich kurzfristig absagen. Freundinnenrunde: zu anstrengend, weil dauernd missverstanden und Erklärungsbedarf. Gymnastikgruppe: zu anstrengend, aufgehört... Das soziale Umfeld krepelt sich also ordentlich um!! Dafür

²⁸ In diesem Artikel werden mögliche Folgewirkungen einer Infektion und einer Impfung nicht unterschieden. Damit folgt der Autor der Einschätzung von Dr. Bernhard Schiefer (Leiter der auf Impfschäden spezialisierten Ambulanz am Universitätsklinikum Marburg), der das klinische Bild für identisch hält.

sind einige liebe ME/CFS-Post-COVID-Mitschwestern und -brüder²⁹ dazugekommen - ein Gewinn, ein Danke dafür.“

Es braucht nur wenig Phantasie, um sich vorzustellen, dass es bei so viel Irritation sehr leicht zu wechselseitigen Verstimmungen kommen kann bzw. diese Verstimmungen die Irritation weiter verstärken. So eine Rückkoppelung kann zu einer voranschreitenden Eskalation in den sozialen Beziehungen führen.

Die Unsichtbarkeit der Erkrankung – „Ich seh, ich seh, was du nicht siehst!“

Betroffene versuchen in der Regel weiterhin so lange und so gut es geht, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dort sind sie allerdings meist nur dann anzutreffen, wenn es ihnen relativ gut geht. Viele schaffen es noch für gewisse Zeit, gut oder zumindest einigermaßen gut zu funktionieren, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen, relativ unauffällig zu bleiben. Die Schwierigkeit, die Symptomatik nachvollziehbar zu erklären, führt zusammen mit der wachsenden Unlust, sich permanent zu erklären, sowie der schwindenden Energie mitunter zu einer Art Sprachlosigkeit in Bezug auf die Erkrankung. Persönliche Überzeugungen (wie z.B.: sich nicht belasten zu wollen oder sich das Ausmaß der Beeinträchtigung selbst nicht eingestehen zu können) oder die Erfahrung, dass ein offener Umgang mit bestehenden Beeinträchtigungen zu zusätzlichen sozialen Problemen oder Frust führen können, können diesen Effekt verstärken. Die Verschlechterung der Symptomatik als Reaktion auf Belastung erfolgt bei Post-COVID noch dazu oft erst zeitverzögert und dann eben vom Umfeld größtenteils ungesehen.

„Wenn ich zu einem Geburtstagsfest in meinem Freundeskreis gehe, dann versuche ich mich zumindest am Tag davor zu schonen und muss damit rechnen, dass ich auch danach 1-2 Tage Erholung brauche. Aber trotzdem möchte ich unbedingt dabei sein.“

„Besonders perfide ist, dass die Erkrankung wellenartig verläuft. Es gibt gute Tage und wirklich furchtbare Tage. Kleine Fortschritte, dann wieder große Rückfälle. Symptome verschwinden und sind plötzlich wieder da. Das ist an sich bereits frust-

rierend genug. Die Leute aber sehen mich ja nur, wenn es mir soweit gut geht, dass ich das Haus verlassen kann. In meinen schlaflosen Nächten, bei meinen anfallsartigen Leiden und in den Zeiten, in denen ich krank und voller Schmerzen im Bett liege, ist ja niemand dabei.“

„Die Leute fragten mich zunächst ständig, ob ich eh schon wieder gesund bin. Versteh ich eh. Lieb gemeint sogar von den Meisten. Aber irgendwann will man einfach nicht mehr darüber reden. Weil es ja sowieso nichts Neues zu berichten gibt. Und man das Ganze ja sowieso nicht richtig erklären kann. Wenn man aber nichts mehr erzählt, dann denken viele mit der Zeit, dass nun wieder alles in Ordnung ist. Und wenn man irgendwo nicht mehr mitkann und sich dann doch wieder erklären muss, dann schauen einen die Leute völlig überrascht an.“

„Weder im Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt noch im Abschlussbericht der Reha-Einrichtung wurde in irgendeiner Weise auf meine Post-COVID-Symptome Bezug genommen, obwohl diese der Grund für meinen Antrag bzw. für meine Reha waren.“

„Es gibt halt noch immer keine verlässlichen Biomarker. So zeigen sich mir die Symptome zwar Tag für Tag, teils mit einer unvorstellbaren Heftigkeit. Doch die Medizin findet noch wenig Anhaltspunkte, mit denen sie die Symptome sinnvoll einordnen und weiterarbeiten kann. Die Krankheit bleibt in ihrem grundlegenden Wesen für die Medizin noch völlig unsichtbar. Sehr vereinzelt gibt es sie aber doch, jene, die uns zuhören, die statt ausschließlich den rätselhaften Befunden auch unseren Wahrnehmungen Vertrauen schenken und uns wirklich ernstnehmen.“

„Post-COVID? Ich hab geglaubt, das gibt's nicht mehr“

„Es war ein wundervolles Abschlussfest. Ich war froh, dabei sein zu können, saß alleine an einem Tisch, nahe der Bühne. Die Live-Musik war großartig und mit der Zeit waren tatsächlich alle aufgestanden und tanzten um mich herum. Ich hätte auch so große Lust gehabt, doch ich hatte keine Kraft, die vielen Eindrücke alleine waren bereits belastend genug. Ich musste sowieso schon damit rechnen, dass es mir danach wieder extrem schlecht gehen würde. Mehr wollte ich diesmal nicht riskieren. Unbekannte dachten ich sei bloß schüchtern und animierten mich doch mitzutanzten. Andere forderten mich auf, doch kein Spaßverderber zu sein. War ja auch ein komisches Bild: Alle tanzen und ich sitze daneben und schau nur blöd durch die Gegend. In dem Moment überlegte ich

²⁹ Anmerkung: Betroffene aus einer Selbsthilfegruppe, die über „Facebook“ organisiert ist

zu gehen und dachte, dass es in dieser Hinsicht einfacher sein muss, in einem Rollstuhl zu sitzen statt für alle unsichtbar beeinträchtigt zu sein.“

„Es sind einfach facts, die falsch wiedergegeben wurden:³⁰

Ich bin nach wie vor in meinem medizinischen Grundberuf tätig und momentan mach ich kleine Tätigkeiten auf der Station... Ich wurde nie in den Bürodienst versetzt

Ich habe mich nachweislich im Dienst infiziert - nicht ‚ich vermute es‘.

Ich hatte nie eine Bronchitis, ich habe nur mehr unter 40% Lungenfunktion (vorher hatte ich über 170%)

Und ich habe keine netten Ärzte, die es als Long-COVID definieren, sondern ich habe (zum Glück im Gegensatz zu vielen anderen armen Mitstreitern) messbare und nachweisbare Schäden

Das alles ist so trivial geschrieben und hat nichts mit guter und vor allem hilfreicher Recherche für uns Betroffene zu tun.“

„Ich verstehe nicht, weshalb weder mein Krankheitsverlauf der letzten Jahre in der Behandlung von Bedeutung ist, noch die unzähligen Verläufe, Befunde, Laborwerte, die wir ja alle zuhauf haben, irgendwo koordiniert zusammengeführt werden, um Dinge besser einschätzen zu können oder etwaige Muster zu erkennen. Jede Internetseite oder App scheint mir da effektiver zu arbeiten, als unser Gesundheitssystem. Der Datenschutz scheint hier eine willkommene Ausrede. Die meisten Betroffenen würden sehr gerne ihre Daten zur Verfügung stellen. Wie kann es sein, dass man die künstliche Intelligenz selbstverständlich dafür nützt, um uns mit personalisierter Werbung zu überschwemmen, aber die Möglichkeiten einer umfangreichen, fundierten Datenauswertung einer Pandemie offenbar überwiegend ungenutzt lässt? Will wirklich niemand wissen, was Sache ist?“

Körperliche Einschränkungen erschweren die Teilhabe am öffentlichen Leben. Soziale Kontakte reduzieren sich notgedrungen in Häufigkeit und Intensität, da diese an sich bereits überfordern (z.B.: aufgrund der Anstrengung

30 Anmerkung: Diese Klarstellung bezieht sich auf ein in einer Tageszeitung veröffentlichtes Interview der Betroffenen. Einige Betroffene und Ärzt*innen versuchen durch öffentliche Auftritte die Erkrankung sichtbarer und nachvollziehbarer zu machen.

Gesprächen konzentriert zu folgen oder aufgrund der Reizüberflutung bei Gruppen) und zeitverzögert enorme Erschöpfungszustände nach sich ziehen können. Zeigen sich Betroffene in der Öffentlichkeit, dann meist in einem relativ guten Zustand. Die meisten Einschränkungen sind sowieso äußerlich nicht sichtbar. Es lässt sich also eine Dynamik beschreiben, die die gesunden Aspekte im öffentlichen Leben überproportional in den Vordergrund treten und die Symptome hingegen hinter den Wohnungstüren oder diversen Einrichtungsmauern verschwinden lässt. Selbst in öffentlichen Institutionen der Verwaltung und der Versorgung wird die Erkrankung oftmals nicht wahrgenommen oder gar verleugnet.³¹ Mit zunehmender Schwere der Erkrankung isolieren sich Betroffene notgedrungen immer mehr und fallen zunehmend fast gänzlich aus der öffentlichen Wahrnehmung.³² Die geringe öffentliche Sichtbarkeit der Symptome verstärkt die Isolation der Krankheit (und der Kranken) und die zunehmende Isolation die Unsichtbarkeit, usf.

Das Glaubwürdigkeitsproblem – „Ist doch nicht so schlimm!“

Das verschafft den Betroffenen unter anderem auch ein massives Glaubwürdigkeitsproblem. Ist es wirklich so schlimm? Noch dazu, da ja die Allermeisten andere Erfahrungen gemacht haben, weil COVID-19 bei ihnen und ihren Angehörigen völlig problemlos verlief. Die weiter oben angesprochene Irritation im Umfeld sucht nach Auflösung.

„Freundin: ‚Also, dass das bei DIR so lang dauert.... ich mein, ich habs ja auch 3 Wochen gespürt, aber dann bin ich gesund geworden. Und viele haben ja nicht mal einen Schnupfen.‘ „

„Andere Person: ‚Wie geht es dir, wo du ja so schwer erkrankt bist?‘ Ich: ‚Es geht mir gut und manchmal schlecht.‘ Person: ‚So geht es vielen...‘“

31 Näheres dazu weiter unten

32 Dies spiegelt sich unter anderem auch im Namen von Betroffeneninitiativen wieder z.B.: Die Lost-Voices-Stiftung von ME/CFS-Erkrankten oder die Initiative „Nicht genesen“

„Man wird misstrauisch. Das Kompliment: Gut schaust Du aus! Klingt jetzt plötzlich wie: ‚Ich hab ja eh gewusst, dass es nicht so schlimm ist!‘

Trotz mittlerweile recht eindeutiger Studienlage zu den möglichen Risiken nach einer COVID-19 Erkrankung³³ scheinen auch viele Mediziner*innen und Gesundheitsinstitutionen nach wie vor stark irritiert. Und auch hier ist es naheliegend, im Berufsalltag auf bewährte – wenngleich bei dieser neuen Problemstellung wohl wenig hilfreichen – Strategien zurückzugreifen, um die Irritation zu bannen. Es mag ein generelles Problem eines jeden großen Systems – hier im Speziellen des Gesundheitssystems – sein, auf neue Herausforderungen zeitnah und angemessen reagieren zu können. Die Krise zeigt überdies schonungslos bereits länger bestehende Schwierigkeiten des Gesundheitssystems unabhängig von COVID-19 auf. Das rätselhafte Krankheitsbild stellt die Medizin vor neue Herausforderungen in Diagnostik, Behandlung, Versorgung und Rehabilitation.³⁴

„Obwohl ich völlig dahinsiechend da lag, mich kaum äußern konnte, meinte der Oberarzt: Um mich müssen sich andere kümmern, ich sei hier falsch - hatte aber erst eine Perimyocarditis hinter mir (die auch viel zu spät erkannt wurde!) und wieder virale Infekte (schmerzhafte Bläschen im Mund - mittlerweile ein 3/4 Jahr später weiß ich EBV³⁵ reaktiviert - es ist teilweise höllisch schlimm). Und ich hatte dadurch massive Herzbeschwerden- Rhythmusstörungen - lag auf einer internen Station - also eigentlich sehr richtig. Aber zum

33 Näheres dazu findet sich im Infoblock: Allgemeine Informationen zu (Post-)COVID oder weiter unten im Infoblock: Forschungsergebnisse zu möglichen Langzeitfolgen am Beispiel Herz

34 Post-virale Langzeitfolgen sind natürlich bereits sehr lange bekannt und auch bei anderen Viruserkrankungen beschrieben, allerdings völlig mangelhaft erforscht (dazu weiter unten). ME/CFS Betroffene leiden bereits seit vielen Jahrzehnten unter einer völlig unzureichenden Versorgungslage. Siehe dazu: https://www.mecfs.de/?pk_campaign=Aw-illness&pk_kwd=me Neu sind das Erscheinungsbild nach COVID-19 und vor allem die extrem hohe Anzahl an Betroffenen.

35 Anmerkung: EBV steht für Epstein-Barr-Virus, das das „Pfeiffersche Drüsenfieber“ auslösen kann. Die allermeisten Menschen tragen das Virus in sich, aber auch hier kommt es nur bei wenigen zu Beschwerden, selten auch zu schweren chronischen Verläufen (vergleichbar mit Post-COVID?). Eine Hypothese (unter vielen) ist, dass bei Post-COVID ruhende Viren reaktiviert werden.

Glück waren der andere OA und der Primar hier anderer Meinung. Denn 2 Monate vorab landete ich auch in diesem kleinen Krankenhaus mit dem Notarzt - wegen Herz - da die Notärztin im nächsten Herzzentrum keinen Platz bekam für mich - ich hab es eh nicht mitgekriegt. Gott sei Dank! Als ich am nächsten Tag bei der Visite sagte, dass ich erst vor einer Woche eine Kardio MRT hatte und eine Perimyocarditis bestätigt sei - wollte er mir nicht so recht glauben - lies mich dann doch 2 Tage Kardio überwachen. Da nichts war, aber unglaublich erhöhte RR Werte und Puls Frequenzen - dass sie komplett nervös wurden und absolut zu pflegen! Als dann nach sechs Tagen der angeforderte Befund vom Kardio MRT da war - konnte er es nicht glauben und setzte sich neben mich - weil er so geflasht und wohl froh war - weil zwischenzeitlich wurde ja die Überwachung als nicht nötig empfunden. Er hat sich entschuldigt und gemeint: Das ist ihm alles neu und hier müsse die Medizin noch viel lernen.“

„ÖGK Arzt/Begutachter als ich im Langzeitkrankenstand war mit Long-COVID-Diagnose von drei verschiedenen Fachärzten: ‚Sie können kein Long-COVID haben, Ihre Lunge ist ja in Ordnung... Das mit den Muskelschmerzen und der Schwäche versteh ich überhaupt nicht. Das hat ja damit nichts zu tun... Na, in wieviel Tagen können Sie wieder arbeiten?‘ „

„Psychologische Gutachterin: ‚Ich glaube nicht, sie können nicht arbeiten; ich glaube, sie wollen nicht arbeiten!‘“

„Der Kardiologe, der beim ersten Besuch gesagt hat, ich darf nichts weiter tun als ganz leichte Bewegung. Beim zweiten Besuch hat er mich dann angeschnauzt, warum ich mich so viel schone, und gemeint, ich hab wahrscheinlich ‚andere Probleme‘, aber dafür müsse ich zu einem Psychiater.“

Infoblock:

Ein aufschlussreicher geschichtlicher Rückblick

Wie sich wenig fundierte Behauptungen und sogar nachweislich falsche Schlüsse als unausrottbar Mythen halten und jahrzehntelang schädlichen Einfluss auf Betroffene haben können, zeigt sich exemplarisch an folgender Geschichte.³⁶

Bereits im Jahre 1955 kam es im Londoner „Royal Free Hospital“ zum Ausbruch einer rätselhaften Erkrankung. An die 300 Personen (überwiegend Angestellte) litten unter diversen grippeähnlichen Symptomen: Kopfschmerzen, Rachenschmerzen, Mattigkeit, Schwindel, Gliederschmerzen, Übelkeit, Desorientierung³⁷, erhöhter Empfindlichkeit unter den Rippenbögen, vergrößerten Lymphknoten, erhöhter Temperatur, Beeinträchtigung von Nerven (Geruchssinn, Ohren, Augen), sensorische Zeichen in Gliedern und Rumpf, abnormale Sehnenreflexe, Muskelkrämpfe, Störungen der Harnentleerung.³⁸ Die Krankheit war bei den meisten Betroffenen nach 1-2 Monaten überwunden. 7% litten allerdings auch noch 3 Monate nach Ausbruch der Erkrankung an diversen Symptomen.³⁹

1970 veröffentlichten die beiden Psychiater McEvedy und Beard im „British Medical Journal“ einen folgenreichen Artikel.⁴⁰ Angeblich ohne je mit einem einzigen ehemaligen Betroffenen gesprochen zu haben, stellten sie fest, dass vor allem junge Frauen von dieser rätselhaften Erkrankung betroffen waren. Aufgrund dieses Umstandes und der unklaren somatischen Befunde zogen sie kurzerhand den Schluss, dass es sich daher um keine Viruserkrankung gehandelt haben kann (die müsste – so die Meinung der Autoren – Männer genauso betroffen haben⁴¹), sondern eine Massenhysterie⁴² vorlag.

Bereits ein kurzer Blick auf die Originaldaten des Krankenhauses⁴³ zeigt sehr schnell, dass sich vor allem jene Mitarbeiter*innen angesteckt hatten, die wohl ein besonders hohes Ansteckungsrisiko hatten, schlicht weil sie im Krankenhaus wohnten. Das waren – wie damals üblich – überwiegend junge Krankenschwestern. Bei den wenigen männlichen Personen, die demselben erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt waren, weil sie ebenso ständig vor Ort waren (wie z.B.: die Pförtner und andere Hausangestellten) zeigte sich unabhängig vom Geschlecht das prozentuell völlig gleiche Aufkommen der Erkrankung. Die nicht andauernde Anwesenheit am Spitalsgelände wurde sogar von den Autoren durchaus als schützender Faktor anerkannt, allerdings eigenartiger Weise nicht etwa als Schutz davor, längerfristig einer möglicherweise höheren Viruslast ausgesetzt zu sein, sondern offenbar bloß als Schutz vor der sich angeblich rasend verbreitenden Hysterie.

In einem Brief schrieben Dr. Ramsays, Dr. Dimsdale, Dr. Copston und Dr. Richardson, die direkt beim Ausbruch die Betroffenen diagnostizierten und einen Forschungsbericht mit den oben erwähnten Gesundheitsdaten erstellten, in Bezug auf die Forschungsarbeit der beiden Psychiater: „Obwohl die Diagnose einer Hysterie zum Zeitpunkt des Ausbruchs ernsthaft in Betracht gezogen

36 Weitere Infos dazu können im Radio-Beitrag „Long Covid und ME/CFS – Krimi um eine Krankheit“ auf der Homepage des WDR noch bis 22.11.2027 nachgehört werden

37 Wäre spannend, ob sich hier Parallelen zum aktuell beschriebenen „Brain Fog“ (siehe Infoblock weiter unten) finden lassen.

38 Aus dem Originalartikel des Krankenhauses „An Outbreak of encephalomyelitis in the royal free hospital group, London, in 1955“

39 Die Parallelen zu Post-COVID sind auf vielen Ebenen äußerst beeindruckend.

40 McEvedy & Beard (1970)

41 Selbst diese Hypothese gilt mittlerweile widerlegt. Zu den lange ignorierten geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Erkrankungen siehe beispielsweise: Maya Dusenbery (2017)

42 Die „Hysterie“ war bereits in der männerdominierten Medizin des 19. Jahrhunderts eine weitverbreitete Diagnose, die bei unklaren somatischen Befunden sehr gerne vor allem Frauen zugeordnet wurde.

43 Aus dem Originalartikel des Krankenhauses „An Outbreak of encephalomyelitis in the royal free hospital group, London, in 1955

worden war, machte sie das Auftreten von Fieber (Anmerkung: bei den meisten erhöhte Temperatur) bei 89% der Fälle, von Lymphknotenschwellungen bei 79%, von Augenmuskellähmung bei 43% und Gesichtsnervenlähmung bei 19% ziemlich unhaltbar.“⁴⁴

Melvin Ramsay vermutete eine durch ein Virus ausgelöste chronische Entzündung des zentralen Nervensystems und gab dieser Erkrankung den sperrigen Namen „Myalgische Enzephalomyelitis“. Diese Erkrankung wurde 1969 von der WHO in die internationale Klassifikation der Krankheiten aufgenommen.⁴⁵

Pauline Oveden, die mit Dr. Ramsay im „Royal Free“ zusammengearbeitet hat, zitiert diesen weiter wie folgt: „McEvedy und Beard haben die Meinung der Ärzteschaft so radikal beeinflusst, dass ich, als ich gegenüber jüngeren, modernen Fachärzten im Sinne einer organischen Erklärung argumentierte, nur auf eine Haltung mitleidigen Unglaubens stieß und auf die Bemerkung, ‚ach, aber man hat doch schon vor langer Zeit nachgewiesen, dass dieser Ausbruch das Ergebnis einer Massenhysterie war‘.“⁴⁶ Oder auch: „Ich kann nur sagen, dass eine ganze Generation unglückseliger Opfer dieser Krankheit vom Versagen ihrer Ärzte, die Echtheit ihrer Symptome anzuerkennen, in die Verzweiflung getrieben wurden.“⁴⁷

In weiterer Folge wurden die somatischen Prozesse post-viraler Erkrankungen kaum erforscht. Eine US-amerikanische Studie hält fest, dass es bei ME/CFS, als mögliche Dauerfolge einer fehlgeleiteten somatischen Reaktion auf einen viralen Infekt diskutiert, eine 14fache Steigerung an Forschungsgeldern brauchen würde, um vergleichbare Forschungsinvestitionen wie bei anderen Erkrankungen (wie Krebs, Multiple Sklerose oder HIV) zu erhalten.⁴⁸ Gemessen an der Krankheitslast bekomme ME/CFS bei weitem am wenigsten Forschungsgeld.⁴⁹ Die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS spricht von 40 Jahren Forschungsrückstand.⁵⁰ Die Österreichische Gesellschaft hält fest, dass es vom Auftreten der ersten Symptomen bis zum Erhalt der ME/CFS-Diagnose 5 bis 8 Jahre dauert. Bis dahin kann sich der Zustand der Betroffenen (auch durch falsche Behandlung) irreversibel verschlechtern haben.⁵¹

Unter dieser Forschungslücke und dem damit verbundenen Versorgungsmangel leiden nun auch Post-COVID-Betroffene mit vergleichbaren Symptomen. Auch heute noch wird vereinzelt behauptet, dass Aktivist*innen bloß eine Krankheit durchsetzen wollen, die es gar nicht gebe. Offenbar hielt sich bis vor kurzem selbst in Leitlinien eine – bei anderen Erkrankungen wohl eher seltsam anmutende – Empfehlung, dass man besser nicht über ME/CFS aufklären sollte, da dies als selbsterfüllende Prophezeiung wirken würde.⁵² Wurde deshalb bis zuletzt in jeder Überarbeitung der Leitlinie daran festgehalten, dass es sich um ein sehr seltenes Phänomen handelt, obwohl Schätzungen der Betroffeneninitiativen in eine völlig andere Richtung wiesen? Alles in allem zeigt sich, wie eine somatische Erkrankung (mit natürlich stets auch psychosozialen Aspekten) zu einer praktisch rein psychischen umgedeutet werden kann. Mit allen Konsequenzen für Betroffene.

44 Zitiert nach Pauline Oveden, Präsidentin der Hereford CFS/ME/FMS group

45 Zitiert aus dem Radio-Beitrag „Long Covid und ME/CFS – Krimi um eine Krankheit“ von Nikolas Morgenrot.

46 Zitiert nach Pauline Oveden, Präsidentin der Hereford CFS/ME/FMS group

47 ebenda

48 Mirin et al. (2020)

49 Zitiert aus dem Radio-Beitrag „Long Covid und ME/CFS – Krimi um eine Krankheit“ von Nikolas Morgenrot.

50 Siehe: <https://www.mecfs.de/die-me-cfs-forschung-ist-ca-40-jahre-im-rueckstand/>

51 Siehe: <https://mecfs.at/politik/#situation>

52 Zitiert aus dem Radio-Beitrag „Long Covid und ME/CFS – Krimi um eine Krankheit“ von Nikolas Morgenrot.

Infoblock:

Brain Fog:

Viele Betroffene beschreiben eine Art „Nebel“ im Kopf, der sich im Verlauf (auch innerhalb eines Tages) unterschiedlich intensiv zeigen kann. Im Akutzustand fällt es den Erkrankten plötzlich schwer, klar zu denken, es wird nach passenden Worten und an sich bekannten Namen gesucht, die Wahrnehmung der Außenwelt ist beeinträchtigt (teilweise bis hin zu Sehstörungen), alltägliche Außenreize überfordern sehr schnell, das Denken strengt übermäßig an. Mit folgender Erschöpfung, und damit weiter zunehmender Anstrengung, verschlechtert sich die Konzentrations- und Merkfähigkeit noch weiter. Die Bewältigung des Alltags wird dadurch mitunter eine große Herausforderung. Als mögliche Ursache werden unter anderem COVID-bedingte Entzündungsprozesse oder Durchblutungsstörungen des Gehirns diskutiert.

Wenn man der Überzeugung folgt, dass es keine somatisch relevanten Prozesse zu erforschen gibt, dann wird man in diesem Bereich nicht forschen, folglich keine brauchbaren Ergebnisse in diesem Bereich produzieren. Dies bestärkt die Überzeugung weiter und verfestigt die Forschungslücke. Der Umstand, dass sich Betroffene gegen diese dominante Lehrmeinung auflehnen, bestätigt dann zusätzlich, wie „hysterisch“ diese offensichtlich wären.

Diagnostik – Mit dem Teleskop nach Läusen suchen?

Das klassische westliche Medizinmodell verlangt eine profunde Abklärung und Diagnostik, bevor mit einer Behandlung begonnen werden kann. Da beginnt bei Post-COVID bereits das erste, oft unüberwindbare Behandlungsproblem. Wie soll man etwas finden, wenn man gar nicht so genau weiß, wonach man eigentlich sucht? Können die neuartigen Beschwerden mit den klassischen Diagnose-Tools überhaupt erfasst werden?⁵³ Betroffene erleben das unter anderem wie folgt:

„Ich weiß nicht, wie oft mir bereits mit einem Hämmerchen aufs Knie geklopft oder mit einem

53 Auch an dieser Stelle nochmals der ausdrückliche Hinweis, dass die Beschwerden an sich gar nicht neuartig sind (siehe Infoblock: Ein aufschlussreicher geschichtlicher Rückblick), aber aufgrund der erst in den letzten Jahren verstärkt einsetzenden Forschung zu post-viralen Symptomen neuartig erscheinen. Unser mangelhaftes Wissen in diesem Punkt kann also ebenso als beeindruckendes Ergebnis eines jahrzehntelangen, sozialen Rückkoppelungsphänomens gesehen werden, bei dem sich unhinterfragte Überzeugungen durch Unterlassung wissenschaftlicher Prüfung im Tun selbst bestätigten. Dieser Kreis ist nun unterbrochen, beispielsweise haben die USA eine großangelegte Forschungsinitiative zu Post-COVID gestartet. Siehe: <https://science.orf.at/stories/3220655/>

Gegenstand über die Haut gestrichen wurde, um sensorische Reaktionen zu testen. Auch die wiederholten Erfolgserlebnisse sind ja recht nett, auf einem Bein stehen und mit geschlossenen Augen die Nase mit dem Finger finden zu können. Nun mag es natürlich Symptome geben, wo solche Diagnoseverfahren wohl tatsächlich weiterbringen. Würde man allerdings die vorliegenden Befunde lesen oder mir gar bloß für 5 Minuten zuhören, dann wäre schnell klar, dass die Beschwerden in meinem Fall vollkommen anders gelagert sind.“

„Manche Diagnostikverfahren sind schon recht bizarr. Einmal sollte ich Zeichnungen eines Elefanten, eines Dromedars und eines Krokodils richtig benennen und ähnliche Aufgaben – wohl eines Demenztests - erfüllen. Die Art und Weise war irgendwie entwürdigend und absolut unpassend. Mein ‚Brain Fog‘ scheint mir doch etwas völlig anderes zu sein.“

„Neurologin zu meiner Tochter, nachdem sie ihre Notizen mit den derzeitigen Symptomen gesehen hat: Boah, das ist aber schon viel...interessiert haben sie die Symptome aber nicht wirklich. Meine Tochter kämpft seit mittlerweile mehr als 1 1/2 Jahren mit Long-COVID und besagte Dame meint: Long-COVID wird ja eigentlich nicht mehr diagnostiziert...“

„Nach dem letzten Belastungs-EKG ging der Ruhepuls stundenlang nicht unter 120, dann nach einer fast schlaflosen Nacht auf 90, um sich erst am nächsten Tag langsam wieder auf mein übliches Niveau von 50 einzupendeln. Noch viele Tage danach verbrachte ich völlig zerstört im Bett. Im Befund war darüber natürlich nichts zu finden, es wird dabei ja bloß die unmittelbare Reaktion auf eine Belastung untersucht. Da war alles ok. Das Kernproblem der erst zeitverzögert auftretenden PEM kann damit allerdings gar nicht erfasst werden. Dieses Tool ist zur Diagnostik der zentralen Beschwerden vieler Betroffener überdies

nicht bloß unzulänglich, sondern potentiell wirklich schädigend.“

Auf der somatischen Ebene könnte man in Anschluss an die eingangs gewählte Beschreibung ergänzen, dass offenbar kleinste äußere Verstörungen einen ungewohnt starken destabilisierenden Rückkoppelungsprozess in Gang setzen können. Somit kommt der Organismus nie richtig zur Ruhe und in „Ordnung“. Und reagiert möglicherweise genau deshalb bereits so stark auf kleinste Auslöser. Sowohl die „PEM“ als auch „Brain Fog“ können also ebenso als sich selbstverstärkende Rückkoppelungsphänomene beschrieben werden, bei denen ein bereits destabilisierter Organismus durch geringe Belastung anhaltend immer wieder neu destabilisiert wird.

„Meine Neurologin schickte mich zur neurologischen Post-COVID Spezialambulanz, da sie mir so wie alle anderen Ärzte davor nicht weiterhelfen konnte. Dort sagte man mir, dass sie im Moment wegen Überlastung keine Termine mehr vergeben können und die Wartezeit auf einen Erstgesprächstermin zuletzt bereits fast ein Jahr betragen hat.“

Kardiologe: ‚Naja, die Angststörung kann er sich schon erklären, schließlich will man mit fast 30 eine Familie gründen.‘ Ich war zum Herzultra-

schall und einer Überweisung mit Verdacht auf Long-COVID dort ...“

„Und ein privater Neurologe - wohlgermerkt ich konnte wieder mal kaum gehen und da ich nicht schon wieder ins KH wollte, überredete mich meine Familie zu diesem Termin aus Sorge um mich. Der sagte: ‚Arm sind sie!‘ Er kenne sich nicht aus damit, hat nur in den Befunden geblättert und gemeint: ‚Wurde nie was gefunden!‘ Da staunte ich nicht schlecht – bei St. p. Perimyocarditis, Herzrhythmusstörungen und schwer gestörter Lungenfunktion. Er hat mich in keiner Weise neurologisch untersucht - er gab mir eine Überweisung für die Long CoV Ambulanz in (), obwohl ich eh schon in der in (***) war. Und dann kommt's: er hat sich tatsächlich selber das Geld aus meiner Geldbörse genommen- weil ich so schwach / zitternd war.“*

„Klar, verstehe ich, dass zum Ausschluss anderer Erkrankungen diverse Diagnostik Sinn macht. Man ist allerdings nicht unbedingt entspannt dabei, wenn man wochenlang auf Termine und Ergebnisse wartet, ob die seltsamen Ergebnisse nicht doch auf einen Krebs hindeuten (wie der eine Arzt meint) oder das untersuchte, lebenswichtige Organ dauerhaft zerstört ist (wie ein anderer Arzt vermutet). Wenn es endlich Entwarnung gibt, dann ist man kurz erleichtert. Nur viel schlauer ist man jetzt dadurch halt auch nicht. Da manche Ergebnisse nicht eindeutig sind oder sich dabei aufgrund unklarer Nebenbefunde neue Baustellen

Infoblock:

PEM (Post-Exertional Malaise) und Fatigue

Die PEM (Post-Exertional Malaise) gilt als ein weit verbreitetes Symptom unter dem Post-COVID-Betroffene leiden. Dabei kommt es zeitverzögert nach körperlichen, kognitiven oder emotionalen Überbelastung zu einem krankheitswertigen Zustand, der von der Medizin als „Fatigue“, von Betroffenen selbst oft als „Crash“ bezeichnet wird. Damit ist nicht etwa Müdigkeit oder die übliche Erschöpfung nach einer Anstrengung gemeint, sondern eine Art körperlicher Zusammenbruch, am ehesten vergleichbar mit dem Akutzustand bei einer Grippe. Die Betroffenen leiden plötzlich verstärkt unter unterschiedlichen Schmerzen (z.B.: in der Brust, am Rücken, in den Muskeln, in den Gelenken, in den Nerven, ...). Manche der bestehenden Post-COVID Symptome, wie etwa Atemnot, Herzrasen, Schwindel, Sehstörungen, Brain Fog, usf. verschlechtern sich – teilweise drastisch. Trotz eines hohen Schlafbedürfnisses ist der Schlaf oft unruhig und wenig erholsam. Die Infektanfälligkeit steigt und so gesellen sich mitunter die klassischen Symptome einer Infektion, wie beispielsweise Husten, Schnupfen, Hals- und Kopfschmerzen, dazu. Eine solche Überlastungsreaktion kann bereits nach minimaler Anstrengung erfolgen, selbst nach sehr einfachen Tätigkeiten (wie Einkaufen, Lesen, Sozialkontakte, ...). Der Körper scheint nach Belastung völlig aus dem Gleichgewicht zu kommen und braucht sehr lange, um sich wieder zu stabilisieren. Da diese Zustände oft in geringen Abständen wiederkehrend auftreten und auch tagelang andauern können, wird es zunehmend schwierig, den alltäglichen Anforderungen in Beruf, Haushalt und Familie gerecht zu werden. Es besteht Grund zur Annahme, dass jeder „Crash“ das Krankheitsbild nicht nur akut verschlechtert, sondern zusätzlich auch das Risiko in sich birgt, die Krankheit dauerhaft zu verfestigen.

auffun, zieht das weitere aufwändige Abklärung und Unsicherheit nach sich. Wenn man Pech hat läuft man bereits alleine für den Ausschluss anderer Krankheiten monatelang durch die Gegend. Und das mit einer Erkrankung, mit der man sowieso schon kaum mehr seinen beruflichen und privaten Alltag meistern kann. Besonders verrückt wird es allerdings dann, wenn man mit dem zusehend dicker werdenden Pack an Befunden bei Ärzten erscheint, die weder Zeit noch Lust haben, die Befunde überhaupt anzusehen und Dir oft relativ unverblümt zu verstehen geben, dass du plötzlich ein Hypochonder wärst, weil du ja so viele Untersuchungen gemacht hast.“

„Ich erreiche beim Belastungs-Test noch knapp 100%. „Alles bestens!“, meinte der Sportmediziner. Wenn man als Referenzwert die Gesamtbevölkerung heranzieht, ist das so korrekt. Ich aber weiß, dass ich noch vor einigen Monaten an die 130% geschafft hätte. Dass ich vergleichsweise sportlich bin oder besser gesagt war, wusste ich auch bereits vor dieser Testung. Damit das Prozedere eine sinnvolle Aussagekraft hätte, müsste man doch über meine persönliche Leistungsfähigkeit vor der Infektion Bescheid wissen und dann diese Werte miteinander vergleichen, oder? Der plötzliche, unerklärliche, drastische und scheinbar nicht reversible Leistungseinbruch ist ja mein Problem. Aber dank dieser lächerlichen Messmethoden ist nun eh wieder alles in Ordnung.“

„Bei mir wurden in den Jahren seit Post-COVID über 20 teilweise spezielle Blutbefunde gemacht... vom Hausarzt, in Notfallabteilungen, stationär im Krankenhaus, auf der Reha, von verschiedenen Fachärzten in Auftrag gegeben... Hab jetzt mal aus Interesse nachgeschaut: Bei jedem dieser Blutbefunde gab es Werte, die außerhalb der Norm lagen ... manche blieben nur für eine kurze Zeit, andere durchgängig auffällig. Über die Zeit betraf das tatsächlich über 50 verschiedene dieser untersuchten Werte ... Ich wusste gar nicht, dass man überhaupt so viele unterschiedliche Werte testen kann. Bis dahin hatte ich ja meist einwandfreie Blutbilder... Als Laie kann ich nicht beurteilen, ob so ein Verlauf normal ist oder ob das irgendetwas zu bedeuten hat. Es konnte mir das bis jetzt auch noch niemand in einer Art und Weise erklären, dass ich damit etwas anfangen konnte. Einen wirklichen Überblick über den Verlauf hat sich bis jetzt sowieso noch niemand verschafft.“

Hier sei auch die Einschätzung eines ausgewiesenen medizinischen Experten zur Post-COVID Problematik angeführt:⁵⁴

⁵⁴ Ein Leiter einer neurologischen Station in einem im September 2022 geführten und veröffentlichten Interview über

„Auch für sie (Anmerkung: für Post-COVID-Betroffene) ist eine klare Abklärung wichtig. Man darf sie auf keinen Fall allein lassen, sonst werden ihnen in Ermangelung adäquater Differenzialdiagnosen falsche Diagnosen umgehängt. Die bleiben ihnen dann möglicherweise langfristig, bestätigen sie in ihrem falschen Denken oder ziehen sie noch mehr in die Pandemieproblematik mit all ihrer Unsicherheit und Angst hinein. [...]

Natürlich ist es für Betroffene attraktiver, den ‚one stop shop‘ aufzusuchen, wo man in wenigen Stunden eine umfassende Abklärung erhält, die im niedergelassenen Bereich Wochen dauern würde. Das verstehe ich. Aber das System würde massiv überlastet werden, wenn alle Betroffenen direkt den High-End-Versorger aufsuchen. Primär geht es in der Anfangsphase um die Differenzialdiagnose der Beschwerden. Wenn die Beschwerden tatsächlich eine Sequela einer Infektion sind, hat man ohnehin wenige kausale Therapiemöglichkeiten und kann nur symptomatisch behandeln. Das ist im niedergelassenen Setting nicht anders als in der Spezialambulanz. [...]

Die gute Nachricht lautet also: Post-COVID verursacht keine nachhaltigen neurologischen Erkrankungen! Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Erfahrungen unserer Kollegen aus (*). Und es führt mich zu der etwas kecken Vorhersage, dass unsere neurologische Post-COVID-Ambulanz nicht ewig bestehen wird.“⁵⁵

Aus Perspektive vieler Betroffener scheint sich die medizinische Profession, die Versorgungslandschaft und die (ver-)öffentliche Meinung in vielen Bereichen nicht nur von ihren persönlichen Erfahrungen, sondern auch von den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Post-COVID abgekoppelt zu haben. Durch die alltägliche Bearbeitung des Phänomens würde eine eigene Realität erzeugt und diese mittels bei dieser Erkrankung völlig unpassenden Routinen bestätigt.⁵⁶ So zeigen sich beispielsweise bestimmte

die dort befindliche neurologische Post-COVID Ambulanz. Da es in diesem Artikel nicht um einzelne Personen, sondern um die Dynamik gehen soll, wird auch dieser (an dieser Stelle wohl austauschbare) Experte anonym geführt. Das öffentliche Originalinterview liegt dem Autor auf.

⁵⁵ Anmerkung: Die Post-COVID Ambulanz wurde tatsächlich ein dreiviertel Jahr nach dem Interview geschlossen.

⁵⁶ Während Wissenschaftler*innen in Deutschland bereits 2020 kardiovaskuläre Schädigungsmuster bei Post-COVID-Betroffenen beschreiben, scheint dies in Österreich (zumindest noch bis in den Herbst 2023 hinein) kein weitreichend bekanntes oder zumindest kaum beachtetes Thema in Öffentlichkeit, Politik und sogar in Gesundheitseinrichtungen zu sein.

Schädigungsmuster mit dem Instrumentarium in den Forschungseinrichtungen, nicht aber mit jenen der Kliniken oder gar Facharztpraxen.

Infoblock:

Forschungsergebnisse zu möglichen Langzeitfolgen am Beispiel Herz

Große US-amerikanische Studien belegen das stark erhöhte Risiko für kardiovaskuläre Folgeprobleme nach einer COVID-19 Infektion.⁵⁷ In Deutschland zeigten Studien bereits zu Beginn der Pandemie deutliche Hinweise auf eine mögliche Herzbeteiligung und Folgeschäden.⁵⁸ Dort vermutet man mittlerweile u.a. eine subtile Myocarditis samt diffuser Umbauprozesse als eine mögliche Langzeitfolge⁵⁹ und kann mögliche Schädigungsmuster an Organen beschreiben.⁶⁰ Die US-amerikanische kardiologische Fachgesellschaft ACC differenziert zwei mögliche Dauerfolgen der Infektion auf das Herz, die treffend die Symptome Post-COVID-Betroffener beschreiben.⁶¹

Geht es uns da etwa wie diesem Mann in folgender Geschichte?⁶² Jemand sucht unter dem Licht der Straßenlaterne nach seinem verlorenen Schlüssel. Ein zufällig vorbeikommender Passant hilft bei der Suche. Nach einer langen Zeit der Suche fragt der Passant genervt: „Sind Sie wirklich sicher, dass Sie den Schlüssel hier verloren haben?“ „Ach so, nein. Den Schlüssel habe ich irgendwo vorne in den Büschen verloren, aber hier ist das Licht viel besser zum Suchen.“

Dies klingt nun vielleicht als zu gewagte Interpretation des Geschehens. In der Geschichte der Wissenschaft finden sich allerdings unzählige Beispiele dafür, dass soziale Faktoren dem Fortschritt hartnäckig entgegenstehen oder Forschungsergebnisse sehr lange brauchen, bis sie anerkannt werden und auch in der Praxis

57 Xie et al. (2022), Wan et al. (2023)

58 Puntmann et al. (2020), Bojkova et al. (2020)

59 Puntmann et al. (2022)

60 Werlein et al. (2023)

61 Das „Post Acute sequelae of COVID-19 – Cardiovascular Syndrome“ (mit Fatigue, Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen, kardialen Beschwerden, wie Tachykardien, PEM, Palpitationen, Brustschmerzen und Kurzatmigkeit) und die „Post acute sequelae of COVID-19 – Cardiovascular disease (mit nachweisbaren Schäden am Herzen oder Lunge). Vgl. Meinertz auf der Homepage der Deutschen Herzstiftung

62 Quelle: unbekannt

Verbreitung finden.⁶³ Verschärft wird diese Dynamik, wenn das Gesundheitssystem generell und dann noch zusätzlich aufgrund einer Pandemie chronisch überlastet ist. Bewährte Diagnostik- und Behandlungsroutinen ermöglichen die Aufrechterhaltung des Betriebs.

Viele Betroffene erleben wie mit überwiegend untauglichen Mitteln (Diagnosetools zur Bestimmung anderer Erkrankungen, noch aus der Prä-COVID Ära stammend), an oftmals grundlegend falschen Stellen (sowohl im Blick auf den Organismus als auch auf die beteiligten Institutionen) und noch dazu bloß sehr halbherzig gesucht wird. Die Art der Suche ist dabei sehr stark durch die vorliegende Versorgungslandschaft, ökonomische Sachzwänge und politische Entscheidungen vorgegeben. Da auf diese Weise wenig gefunden wird – auf diese Weise wohl auch wenig gefunden werden kann – kann die Suche mit gutem Gewissen gänzlich eingestellt werden. Womit mit der Zeit als bestätigt gilt, dass es nichts zu finden gebe.⁶⁴

Umgekehrt wird auch den Betroffenen vorgeworfen, dass sie bloß uneinsichtig wären, die Ergebnisse geben ja laut den Kliniker*innen leider nichts her. Festzuhalten ist, dass ein einzelner Betroffener mit seinen Erfahrungen gegenüber angesehenen Expert*innen, einer alterwürdigen Profession, sehr geschätzten Institutionen und einem etablierten Gesundheitssystem von einer ungleich labileren Position aus um Anerkennung des eigenen Erlebens ringt und durch das Abhängigkeitsverhältnis in einer Behandlung die Konsequenzen dieser Auseinandersetzungen wohl unmittelbarer und intensiver erfährt.

Wie so oft in harten Auseinandersetzungen um die Wahrheit, nimmt dabei weniger die Erkennt-

63 Das deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung etwa beschäftigt sich mit der Frage, wie der Transfer von Forschung und Versorgung schneller und besser gelingen kann. Derzeit soll es demnach 10 Jahre dauern, bis Ergebnisse aus der Forschung in der Versorgungslandschaft landen. Diese Einschätzung bezieht sich allerdings wohl auf bereits vorhandene, funktionierende Strukturen, die bei Post-COVID in der Form nicht vorhanden waren und immer (noch) nicht sind.

64 Auch an dieser Stelle nochmals der Hinweis, dass diese Art Rückkoppelung vermutlich bereits in der Vergangenheit dazu geführt hat, dass bei der Behandlung von postviralen Erkrankungen eine beträchtliche Forschungslücke entstanden ist. Siehe dazu weiter oben in der Infobox: Ein aufschlussreicher geschichtlicher Rückblick

nis zu, dafür aber die gegenseitigen negativen Zuschreibungen. Ein zirkulärer Prozess, der auf allen Seiten wachsendes Misstrauen erzeugt, während doch Vertrauen eine zentrale Bedingung für eine gelingende Krankenbehandlung darstellt.

Behandlung – Wie behandelt man eine unbekannte Krankheit?

Es leuchtet ein, dass ein System, das auf eine sorgfältige Diagnostik sowie einer Zuordnung zu einer Fachrichtung und einem fundierten Behandlungsschema beruht, auch Probleme in der Behandlung bekommen muss, wenn bereits die Diagnostik in der Regel scheitert. Und wie reagiert ein nicht bloß zu den Spitzen der Pandemie bereits chronisch überfordertes Gesundheitssystem auf eine zusätzliche Belastung?⁶⁵ Negative zwischenmenschliche Erfahrungen sind an sich nichts Ungewöhnliches. Speziell sind allerdings die berichtete Häufigkeit und das Ausmaß unqualifizierter Behandlung.

„Meine Mutter musste mich an manchen Tagen auf die Toilette bringen, weil ich keine Kraft hatte. Und das mit Anfang 20. Der Kardiologe meinte, dass ich endlich aufhören sollte, mich zu schonen und wieder Sport betreiben sollte. Ich hatte davor Leistungssport betrieben und merkte doch deutlich, dass etwas grob nicht stimmte. Kurze Zeit später stellte man bei mir eine Herzmuskelentzündung fest.“

*„Er kenne einige Sportler*innen, die es seit ihrer COVID-19 Erkrankung nicht mehr schaffen, einen Stock hinaufzusteigen, meint der Kardiologe. Ich weiß, geht mir ja ganz genauso. Der Puls geht manchmal bereits bei der geringsten Anstrengung durch die Decke und beruhigt sich dann ewig nicht. Da allerdings der Ultraschall und das EKG heute soweit ok waren, meint er als abschließende Empfehlung: ‚Legen Sie doch die Pulsuhr zur Seite!‘ Ich verstehe schon die möglichen psychologischen Effekte einer solchen Intervention. Nach mittlerweile jahrelangem Leiden (lange Zeit davon auch ohne Pulsuhr) und mehreren deswegen notwendig gewordenen Krankenhausaufenthalten kommt das bei mir allerdings doch etwas zynisch rüber.“*

⁶⁵ Einsparungen, überbordende Dokumentationspflichten oder Personalmangel werden in vielen Bereichen des Gesundheitswesens bereits seit sehr vielen Jahren beschrieben, ebenso die parallelen Versorgungsstrukturen mit teils massiven Qualitätsunterschieden in der Behandlung von „Kassen-Patient*innen“ und zahlenden Patient*innen im privaten Gesundheitssektor. Nur als Hinweis auf möglicherweise bereits vorab bestehende, verschärfende soziale Faktoren.

Schon ein bisschen nach Problembehebung á la: aufblinkende Warnlampe raus, Problem gelöst. Ein halbes Jahr später musste ich übrigens mehrmals am Herzen operiert werden. Ohne Pulsuhr.“

„Privater Kardiologe, auf meine Frage, ob er die zentralen Studien zu Long-COVID in seinem Fachgebiet kennt: ‚Nein!‘ Wenigstens ehrlich der Kerl, denke ich mir. Aber ob das 150€ wert ist?“

*„Irgendwie sieht das alles hier eher nach einer verzweifelten, konzeptlosen Pseudobehandlung aus. Dazu passt dann die ehrliche Antwort einer Physiotherapeutin auf die Frage, ob man in dieser angeblich auch auf Long-COVID spezialisierten Einrichtung eigentlich schon viele Patient*innen betreut hat: ‚Wir schauen bewusst darauf, dass sich das nicht allzu sehr herumspricht, sonst kommen die alle noch.““*

„Ich bin meinen behandelnden Ärztinnen so dankbar... dass sie mich all die Jahre begleitet haben... Sie können natürlich auch nicht zaubern, aber sie haben mir immer wieder Sicherheit und Zuversicht gegeben... Ohne sie hätte ich längst aufgegeben.“

„Ich bin mittlerweile soweit, dass ich zu einem Wunderheiler gehe.“

*„Nachdem man mir Blut abgenommen und ein paar Untersuchungen gemacht hatte, musste ich stundenlang in einem Bett am Gang auf die Ergebnisse und weitere Behandlung warten. Neben mir standen Betten mit weiteren offensichtlich schwer beeinträchtigten Patient*innen. Eine schrie ständig vor Schmerzen, dies wurde aber ignoriert. Hier auf der Notfallabteilung war ganz offensichtlich die Hölle los. Ich war weder an eine Überwachung angeschlossen noch kam medizinisches Personal vorbei, um nach uns zu sehen. Eine freundliche Reinigungskraft, die um mich herum den Gang putzte, besorgte mir immerhin eine Decke. Da es bei mir um die Frage ging, ob ich einen Herzinfarkt erlitten hatte, spielte ich kurz mit dem völlig absurden Gedanken, auf die Straße hinaus zu gehen. Dort nämlich würde es womöglich eher jemand bemerken, wenn ich einen Herzstillstand erleiden sollte.“*

Rehabilitation – Wiedereingliederung von Kranken?

Da es – von der Behandlung einzelner Symptome abgesehen – noch keine anerkannte Therapie bei Post-COVID gibt, aber die Betroffenen in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt sind, werden sehr viele auf eine ambulante oder stationäre Rehabilitation geschickt. Auch das ein übliches Prozedere, das sich beispielsweise

nach einer schweren Erkrankung oder Operation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Alltagstauglichkeit bewährt hat. Ob dies allerdings bei einer derzeit noch unbehandelbaren Erkrankung ebenso funktioniert? Wahrscheinlich ja, wo Post-COVID tatsächlich bereits überstanden ist. Wahrscheinlich nein, wo die Krankheit im Grunde noch unverändert besteht.

„Krankenschwester auf Reha: ich hätte doch bitte vorab anmelden müssen, dass ich Pflegebedarf habe. Jetzt müssen sie sich um mich kümmern, obwohl sie mich nicht eingeplant haben.

Doof nur, dass ich diesen Pflegebedarf vor der Reha nicht hatte. Hätte ich das nur mal vorausgesehen, um es anmelden zu können. Dass ich dort bettlägrig geworden war, schien ihr eher egal... Ja, was soll man da noch sagen...“

„Mir ging es auf der Reha so schlecht wie nie zuvor. Ich schilderte der Ärztin verzweifelt meine massiven und umfangreichen Symptome, die Tag für Tag schlimmer wurden. Sie schaute mich nur mitleidvoll an. Kein Wort zur Möglichkeit, dass das Training für meinen Gesundheitszustand zu intensiv sein könnte. Nach der Reha fand ich nach einem Hinweis einer Mitpatientin die Leitlinie ‚Long-COVID‘ im Internet, in der sowohl alle meine Symptome aufgelistet waren, als auch striktes ‚Pacing‘ als zentrale Intervention beschrieben wurde. In all den Wochen der Reha wurde kein einziges Mal auf dieses Konzept hingewiesen. Im Entlassungsbericht kamen die long-COVID assoziierten Symptome mit keinem Wort vor und ich galt in verbessertem Allgemeinzustand entlassen. Kann es wirklich sein, dass die Mitarbeiter dieser angeblich auf Long-COVID spezialisierten Einrichtung nicht einmal die gültige Leitlinie kennen und sich ihre Welt Pippi-Langstrumpf-mäßig zurechtrückten?“

Infoblock:

Pacing:

Bereits seit Jahren verweist die von ärztlichen Fachgesellschaften verfasste österreichische Leitlinie S1 „Long-COVID“ auf die Notwendigkeit von „Pacing“ in der Behandlung von COVID-19 Langzeitfolgen. Mit „Pacing“ ist ein Krankheitsmanagement gemeint, mit dem Betroffene lernen sollen, Überbelastungen zu vermeiden und somit der darauffolgenden „PEM“ so gut es geht vorzubeugen. Dazu gibt es Empfehlungen, wie beispielsweise die zur Verfügung stehende Energie bewusst und sorgsam einzuteilen oder regelmäßig und frühzeitig Pausen einzuhalten. Mit Hilfe einer Formel kann die maximale Pulsfrequenz festgelegt werden, die nicht überschritten werden sollte. Hintergrund ist die Befürchtung, dass wiederholte Überlastungsreaktionen den Körper zunehmend weiter schwächen und die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Manifestation der Erkrankung steigern. Die ebenso möglichen, aber noch nicht ausreichend erforschten Folgen, wie beispielsweise eine chronische (subtile) Herzmuskelentzündung verlangen ebenso strikte Schonung. Positiv formuliert soll „Pacing“ dabei unterstützen, die nach geringer Belastung wiederkehrenden, stressreichen Ausnahmezustände des Organismus in Häufigkeit und Intensität zu reduzieren und auf diesem Wege die ständige Störung der Selbstheilungsprozesse zu unterbinden.

„Mir hat die Reha sehr gut getan. Ich war auf einer spezialisierten Einrichtung. Die waren dort alle sehr nett und verständnisvoll, haben auf meine Belastungsgrenze wirklich geachtet. Ich konnte dort auch problemlos Behandlungen absagen, noch bevor es mir zu viel wurde.“

„Gerade erst auf einer Long-COVID-Reha von einem Arzt, der mir 10 Tage täglich Krafttraining, Radfahren, Nordic Walking und täglich mindestens 2 Gymnastikgruppen verordnet hat und ich DIESES Programm leider nicht geschafft habe bzw. richtig von einem Crash zum nächsten gecrasht bin: ‚Sie sind selber Schuld! Dass Sie diese Erkrankung haben ist Ihre Schuld und Sie können sich nicht pacen... Nehmen Sie Schmerzmittel und es wird besser!‘ Auf Verneinung der Schmerzmittel, da zwecklos, weil ich ja dann nicht nur über meine Grenzen gehe, sondern auch über meinen Schmerzpunkt... Er (Arzt): ‚Nächster Fehler! Ihnen ist nicht zu helfen, Sie sind selber Schuld!‘ Ich füge noch einmal hinzu: ein Arzt der Allgemeinmedizin, der Long- und Post-COVID Patienten in einer Reha betreut.“

„Arzt in ambulanter Reha: ‚Kneipp´sche Nasenatmung! Damit kommt´s ihr überall rauf!‘“

„Atemtherapeutin, nachdem ich ihr (erfolglos) versucht habe zu erklären, wie sich Reizüberflutung anfühlt und warum ich sie nicht einfach ignorieren kann ... Ich sollte doch wieder Schlagzeug spielen - was mit dem Grad meiner PEM damals vollkommen unmöglich war. Ob ich nicht, wie sie, eine Ausbildung zur Kunsttherapeutin machen möchte (dass ich mein künstlerisches Lehramtsstudium abbrechen musste, hat sie vermutlich überhört)? *An die Stirn greif* Das war eins von diesen Gesprächen, die mich nur umso mehr gestresst haben. Wie kann man so ignorant sein? Diese Frau hat

ständig mit Long-COVID-Betroffenen zu tun und das sind ihre besten Ratschläge?“

„Physiotherapeut: ‚Ihr braucht einfach alle mehr Gottvertrauen!‘“

„Ich hatte eine ähnliche Erfahrung mit dem Kurarzt bei der Aufnahme in die Kur, unglaublich präpotent, beleidigend und insgesamt ein Desaster. Ich wäre fast wieder abgereist, habe eine Beschwerde an die Klinik geschickt und nie was von denen gehört. Mich macht ganz rasend, wenn einem die Eigenkompetenz abgesprochen wird und das in einem Moment, wo man abhängig ist von ärztlichem Rat und guter Behandlung“

Infoblock:

Zur Dominanz des aktivierenden Trainings

Nach schweren Erkrankungen oder Operationen gilt es den Körper möglichst frühzeitig wieder zu mobilisieren, etwa um einen fortschreitenden Abbau von Muskelmasse und Kondition aufzuhalten. Mit einem sich sukzessiv steigenden Training soll rasch wieder an die alte Leistungsfähigkeit herangeführt werden. Diese Vorgangsweise hat sich vielfach bewährt, weshalb sie auch bei Post-COVID von vielen Betroffenen intuitiv angewendet wurde und wird. In fast allen Rehabilitationseinrichtungen ist gezieltes Aufbautraining ebenso das Kernstück der Programme.

Nun berichten allerdings viele Betroffene seit Jahren davon, dass sich bei ihnen mit zunehmendem Training der Gesundheitszustand nicht verbessert, sondern paradoxerweise massiv verschlechtert. Die Behandlungsleitlinie in Österreich schreibt deshalb bereits seit 2021 „Pacing“ (siehe Infoblock: Pacing) als zentrale Vorgangsweise bei Post-COVID vor.⁶⁶ Pacing steht im deutlichen Widerspruch zum aktivierenden Training. Dennoch sind weiterhin österreichweit Rehabilitationsmaßnahmen mit aktivierenden Trainingskonzepten auch für Post-COVID-Betroffene an der Tagesordnung.⁶⁷

Vertreter einer psychosomatischen Erklärung der Symptome sehen einen Teufelskreis aus zunehmender körperlicher Dekonditionierung und negativen Krankheitserwartungen⁶⁸: Aufgrund der Erwartung, dass jede Aktivierung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen wird, werde jede Aktivierung vermieden, was einen körperlichen Abbau zu Folge hätte. Dieser zunehmende Abbau verstärke die negative Krankheitserwartung. Das Problem liege demnach bei Post-COVID-Betroffenen im Grunde in einer negativen Erwartungshaltung, die durch eine stufenweise Aktivierung korrigiert werden soll, da Aktivierung wieder zu Erfolgserlebnissen führe und somit die negative Krankheitserwartung verändere.⁶⁹

Hier lässt sich eine weitere eskalierende Rückkoppelung erwarten: Patient*innen, die ein aktivierendes Training verweigern (weil sie merken, dass dies möglicherweise in ihrem Fall kontra-

66 Leitlinie Long-COVID der österreichischen Fachgesellschaften (2021)

67 Anmerkung: Auch wenn es einrichtungsbezogen qualitativ sehr große Unterschiede in der Integration von Konzepten von „Pacing“ als Alternative zu einem (noch) überfordernden aktivierenden Training bei bestimmten Erscheinungsbildern von Post-COVID gibt, bleibt generell die Frage, ob die grundlegende Zielsetzung von Rehabilitationseinrichtungen – eben die Wiedereingliederung in Beruf und gesellschaftlichen Alltag – für viele Betroffene überhaupt (schon) erreichbar ist.

68 Diese „negative Krankheitserwartung“ soll also generell bei allen Betroffenen vorliegen bzw. sich quasi zwangsläufig einstellen.

69 Dem Autor sind viele ehemalige Sportler*innen bekannt, die sich von einem Aufbautraining wie gewohnt sehr viel erwartet haben, aber seit ihrer Infektion plötzlich nicht mehr wie gewohnt davon profitieren, was bei diesen Personen bei unverändert positiver Gesundheitserwartung wiederholt zu einem verstärkten Training, aber trotzdem zu einer zunehmenden Schwächung geführt hat. Diesen Betroffenen müsste man nun eine unbewusste „negative Krankheitserwartung“ und unwillkürliche Schonhaltung unterstellen, um das Konzept tauglich zu halten. So eine Unterstellung ließe sich von Betroffenen dann ebenso schwer widerlegen.

produktiv oder gar schädlich ist) bestätigen bereits dadurch die Hypothese: Sie haben tatsächlich eine negative Krankheitserwartung. Wenn das nun die Behandler*innen darin bestätigt, in Richtung Aktivierung zu arbeiten, wird dies den Widerstand bei diesen Patient*innen erhöhen und dies erst recht die Bemühungen der konzepttreuen Behandler*innen aktivieren, usf.

Infoblock:

Ein weiterer geschichtlicher Rückblick⁷⁰

Dies deckt sich mit den Erfahrungen von vielen ME/CFS-Betroffenen, weshalb sich bereits seit längerem Widerstand gegen das Konzept des aktivierenden Trainings bei dieser Erkrankung formiert. Seit Ende der 2000er Jahre wird etwa in Großbritannien über diese Frage debattiert. Ausgehend von einem noch überwiegend psychosomatischen Verständnis von ME/CFS sollte eine groß angelegte Studie daher Klarheit schaffen, ob körperliche Aktivierung und Verhaltenstherapie auch bei dieser Erkrankung helfen können. Diese als „Pace-Studie“ bekannte Untersuchung bejahte dies.

Bei einer methodischen Überprüfung konnten David Thaler (University of California) mehrere gravierende Schwächen der Studie nachweisen. Der Biostatistiker Bruce Levin (ebenso: University of California) verwendet die „Pace-Studie“ gar in seinen Vorlesungen als Beispiel dafür, wie randomisierte Studien nicht durchgeführt werden dürfen. So wurden beispielsweise die Kriterien, ab wann man als genesen galt, im Zuge der Studie verändert, so dass es möglich war, dass man als Kranker in die Studie kam und diese als genesen verließ – ohne dass sich der körperliche Zustand geändert hatte. Die zu Beginn vorgenommenen naturwissenschaftlichen Messungen des Gesundheitszustandes der Studienteilnehmer*innen tauchten in den Ergebnissen nicht mehr auf und wurden durch Selbsteinschätzungen ausgetauscht. Es stellte sich ebenso heraus, dass nicht transparent gemacht wurde, dass drei der Forscher auch als Berater für internationale Versicherungsunternehmen tätig waren, was bei diesem heiklen Thema einen beträchtlichen Interessenskonflikt darstellt.

Allan Mathys, ein Betroffener, versuchte daher ab 2014, die Studie anhand deren nicht veröffentlichten Originaldaten nochmals zu überprüfen. Die betreffende Universität lehnte trotz einer anderslautenden Rechtseinschätzung des Datenschutzbeauftragten die Herausgabe der Daten ab. Es folgte ein jahrelanger Rechtsstreit, den Allan Mathys gewann. So konnten die Daten endlich neu ausgewertet werden. Bei der Publikation 2018 fanden sich keine signifikanten Effekte, wenn die ausgeschiedenen Daten miteingerechnet wurden. Allan Mathys brach nach dem Gerichtsverfahren zusammen und hat sich von den Strapazen nicht mehr erholt.

US-Behörden ließen bereits 2017 die Empfehlungen für Aktivierungs- und Verhaltenstherapie bei ME/CFS (in deren Augen eine komplexe Multisystemerkrankung mit Millionen Betroffenen) fallen. Die britische Gesundheitsbehörde folgte 2021 nach der Neubewertung der Pace-Studie. Im deutschsprachigen Raum sehen allerdings nach wie vor namhafte Expert*innen⁷¹ in den aktuellen Entwicklungen eine problematische Tendenz, in der sich Ideologie gegenüber Wissenschaft durchsetzen würde und dass bloß eine sehr gute Lobby-Arbeit aber keine wachsende wissenschaftliche Evidenz vorläge. Es seien nach wie vor keine organischen Ursachen klinisch validiert. Ein Leiter einer deutschen neurologischen Universitätsklinik ist davon überzeugt, dass es – wenn überhaupt – bloß sehr wenige organische Einzelfälle gebe.

⁷⁰ Die folgenden Informationen wurden von den Recherchen von Nikolas Morgenrot übernommen.

⁷¹ Auch hier sind die Expert*innen (überwiegend Männer) wie die Betroffenen (im Artikel überwiegend Frauen) anonymisiert. Die Originalzitate liegen dem Autor auf.

Hier zeigt sich erneut, wie wichtig es ist, soziale Prozesse im Hintergrund einer Erkrankung und deren Behandlung nicht aus dem Auge zu verlieren. Die Vorannahmen manifestieren sich in der Versorgungslandschaft und die Versorgungslandschaft bestätigt in Folge die Vorannahmen, was wiederum die Versorgungslandschaft bestätigt usf.

Wenn die subjektiven Erfahrungen Betroffener (noch) nicht zu gewissen vorherrschenden Vorannahmen passen und die Bereitschaft der Behandler*innen darauf einzugehen nicht gegeben sind, dann sind Konflikte vorprogrammiert. Aufgrund des Angewiesenseins auf eine Behandlung und der damit bestehenden Abhängigkeit von den behandelnden Institutionen besteht

ein Machtgefälle. Im alltäglichen Betrieb ist an vielen Orten klar, dass so ein Konflikt seltener dazu führt, die Vorannahmen (die ja die bestehende Versorgungslandschaft hinter sich haben) auf deren Stimmigkeit zu hinterfragen, sondern viel eher die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen angezweifelt werden. Auf diese recht einfache Weise kann ungewollt eine schwierige Patient*innengruppe erzeugt werden.

Verwaltung – Wie organisiert man eine unbekannt Krankheit?

Betroffene müssen stets neu einen passenden Umgang mit der durchgängig bestehenden, aber im Verlauf mitunter sehr stark schwankenden Erkrankung entwickeln. Sie müssen häufig und regelmäßig diverse Gesundheitseinrichtungen aufsuchen, was durch mitunter längerer Anfahrtswegen, Wartezeiten und oftmaliger Enttäuschung viel Zeit, Geld und Energie kostet. Sie entscheiden sich dafür, gewisse Behandlungen auszuprobieren oder Medikamente einzunehmen. Dabei hilft noch wenig eindeutig, manches fraglich, vieles hat zusätzlich unerwünschte Nebenwirkungen. Es gilt „Pacing“ oder andere gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Alltag einzubauen. Das braucht Zeit. Trotz unterschiedlich massiver körperlicher Einschränkungen gilt es die üblichen Herausforderungen des Alltags so gut es noch geht zu bewältigen. Parallel zu vielfältigen Symptomen läuft zunächst das Leben der Betroffenen in Familie, Partnerschaft, Freundeskreis und Beruf unverändert weiter.

Da auch die Leistungsfähigkeit zunehmend eingeschränkt sein kann, stellen sich früher oder später auch Fragen zur Alltagsbewältigung, zu Krankenstand, zur weiteren Berufsausübung, zu Behandlungskosten und irgendwann auch zur existenziellen Grundabsicherung. Auch hier wird es für alle Beteiligten schwer, wenn über die Erkrankung wenig bekannt ist und noch keine eingespielten Abläufe vorhanden sind. Sehr oft sind viele unterschiedliche Organisationen eingebunden, die ihren jeweiligen systeminternen Logiken folgen, die systemübergreifend nicht immer kompatibel sind. Es ist für alle Beteiligten oft noch unklar, wer wofür eigentlich zuständig ist. Die Folge ist für Betroffene oftmals ein großes Chaos, eine lange Zeit der Unsicherheit und mitunter auch hier sehr energieraubende Auseinandersetzungen:

„Ich habe ein, zwei Tage gearbeitet, danach ein, zwei Tage im Bett verbracht. Sobald ich wieder etwas Energie hatte, habe ich den ganzen Berg

erledigt, der sich in der Zwischenzeit neu aufgestaut hatte. Dann das Ganze wieder von vorne. Meine Freizeitaktivitäten habe ich fast komplett eingestellt. Als Selbstständiger muss ich ja irgendwie Geld verdienen. Doch was ich auf diese Weise verdienen konnte, ging völlig in meinen laufenden Behandlungskosten auf, denn meine Sozialversicherung zahlt sehr wenig zu den meisten Behandlungen dazu, da diese noch nicht evidenzbasiert sind.“

„Ich habe meinen Antrag im Frühling 2022 eingereicht, im Herbst hatte ich zwei Begutachtungen (Allgemeinmediziner und Psychiater) und eine psychologische Testung (3h). Zwei Tage vor der Aussteuerung durch die Krankenkassa kam die Ablehnung. Hab dann über die Arbeiterkammer Klage eingereicht und war anschließend bei 4 Gutachtern. Das Gericht hat im Frühling 2023 noch weitere 2 Gutachten angefordert, da musste ich gottseidank nicht mehr persönlich hin. Im Juni 2023 war dann die Gerichtsverhandlung und ich bekam rückwirkend das Rehageld ab Antragsstellung zugesprochen.“

„Irgendwann musste ich auch der Möglichkeit ins Auge sehen, vielleicht nie wieder gesund zu werden, nie wieder arbeiten zu können und damit auch kein eigenes Einkommen mehr zu haben. Nach all den Erfahrungen mit den unzähligen Behörden, die sich nicht für mich zuständig fühlten, auf meine Nachfragen manchmal nicht einmal reagierten, mich schwer krank einfach im Regen stehen lassen, kann ich nur sagen: ‚Wenn, dann... Gute Nacht!‘“

„90% der Anträge zur vorübergehenden Berufsunfähigkeit werden sowieso abgelehnt. Ich kenne niemanden, der ausschließlich mit Post-COVID eine solche erhalten hat, egal wie sehr die Beeinträchtigungen bereits fortgeschritten waren. Man muss dann beim Arbeits- und Sozialgericht klagen. Wieder Monate der existenziellen Unsicherheit.“

„Es ist so dermaßen energieraubend. Ich könnte nur heulen seit dem Aufstehen. Nur telefonieren, Anträge, Emails und etc. Ich kann eh schon nimma.“

„Könnte man nicht einfach nach einer Pandemie eine Regelung finden für alle jene, die noch immer an den Folgen dieser Pandemie leiden?... So wie man während der Pandemie beispielsweise Unternehmen großzügig unterstützt hat... Wieso muss jeder einzelne Erkrankte ständig neu um sein Recht kämpfen?... monatelang, teilweise jahrelang

... Wieviel Energie wird da verpulvert? ... bei den Kranken selbst, aber auch in der Verwaltung.“

„Die Behörden machen mich krank.“

„Wer ist eigentlich wofür zuständig? Das Gefühl ist eindeutig: Alle können mit uns wenig anfangen, würden uns gerne loshaben. Verstehe ich. Wir wollen ja umgekehrt auch wieder zurück zu unserem selbstbestimmten Leben. Aber wir sind nun mal zumindest im Moment total abhängig von all diesen Behörden.“

„Ich bin Lehrerin (gewesen). Mein Dienstvertrag wird jetzt auch mit Mitte Mai aufgelöst (hab ich im Feber erfahren) wegen zu langen Krankenstands. Einerseits versteh ich's ja weil ich schon seit 1,5 Jahren nicht mehr arbeiten kann, aber was mich so aufregt ist, dass ich dadurch die Möglichkeit auf Wiedereingliederungsteilzeit verliere (obwohl es sogar als Berufskrankheit anerkannt wurde), und das halt irgendwie noch ein Ziel/Lichtblick war, den ich gern geschafft hätt, wenn's mir wieder gut genug dafür geht irgendwann. Die Aussagen, die ich von der Bildungsdirektion am Telefon bekommen hab, waren teilweise auch wirklich extrem. So sagte man mir beispielsweise auf meine Frage, ob es möglich wäre, zum Wiedereinstieg geringfügig zu arbeiten: ‚Wie Sie sicherlich gehört haben, haben wir aktuell einen Lehrermangel, das heißt wir brauchen Leute mit voller Lehrverpflichtung oder vielleicht noch halber Lehrverpflichtung. Geringfügig brauchen wir nicht. Wenn Sie wieder bereit sind mehr arbeiten zu wollen, können sie sich gern neu bewerben.‘“

„Ich habe einen Brief von meinem behandelnden Arzt geschickt, mit der Bitte auf Begutachtung zu Hause. Es steht im Brief, dass externe Wege nicht durchführbar sind und diese zur Verschlechterung führen können. Die Befunde sprechen dann auch für sich selbst. Trotzdem muss ich zur Begutachtung fahren. Ich bin bei Bell 5-10⁷². Meiner Meinung nach lohnt es sich nicht auf 0 zu rutschen. Ich war letztes Jahr noch moderat, aber nach jedem Crash wird meine Baseline niedriger und ich komme nicht zu vorheriger Leistung. Da ist mir meine Gesundheit mehr wert ehrlich gesagt“

„Dieses ständige Misstrauen, diese Haltung ‚im Zweifel stets gegen den Betroffenen‘, diese Ignoranz unseren Problemen gegenüber, dieses Unwissen in Bezug auf unsere Erkrankung... Hallo, ich bin krank! Ich will einfach eine Überlebenssi-

cherung, bis ich wieder gesund bin. Ich dachte, so funktioniert unser System der Sozialversicherung und Sozialhilfe.“

„Ich bin wirklich am Verzweifeln, vor ein paar Tagen war ein Gutachter da wegen der Pflegestufe. Zum Glück war meine Schwester mit, denn mir alleine wäre es wirklich zu viel gewesen. Ich bin noch nicht einmal gesessen, geht der direkt los auf mich von wegen ich bin ein Junkie, ein Drogenopfer und Alkoholiker, das sieht er mit nur einem Auge, ich habe mir meinen Körper durch Drogen zerstört und will dadurch nicht mehr arbeiten. Ich dachte echt, ich bin im falschen Film. Erst nach gut 15 Minuten wirklich schon herumbrüllen, machte sich der sogenannte Arzt die Mühe und hat doch meine Befunde und x Blutbilder gelesen... nichts mit Alkohol, nichts mit Drogen. Er hat sich entschuldigt, mehrmals und darum gebeten nicht mehr darüber zu sprechen. Er hat mich nichts gefragt danach, aber schreibt in dem Gutachten ich wäre früher schon psychisch instabil gewesen – Angststörungen und Panikattacken – ich habe das nie gesagt, er hat mich nicht untersucht, mich nur als Alkohol- und Drogenkranken hingestellt, und als er meine Medikamente gelesen hat, war es sowieso vorbei, von wegen ich bin ein Lügner ich nehm ja THC und Opiate – Dronabinol und Oxygerolan.⁷³ Als ich ihm gesagt habe, dass wir vor 2,5 Jahren mit Ibuprofen begonnen haben und ich bis jetzt auf nichts Reaktionen gezeigt habe, x Cortisonkuren waren überflüssig und etc., hat er nur gelacht. So, jetzt habe ich dieses negative Gutachten, was ich wirklich nicht verstehe!!“

Bei Vorliegen dieses Ausmaßes an Unklarheiten wie bei Post-COVID ist zu erwarten, dass sich die Bürokratie relativ einfach in endlosen Dauerschleifen verfangen kann und der Output für viele Betroffene sehr enttäuschend sein wird. Aufgrund der hohen Anzahl an Betroffenen, der Komplexität der Materie, der subjektiven Dringlichkeit aus Sicht der Betroffenen und der dafür wohl weder personell noch ökonomisch ausreichenden Ausstattung der zuständigen Einrichtungen, ergibt sich allorts eine große Überforderung. Die Tendenz der meisten Einrichtungen, sich nach Möglichkeit von dieser auch die Bürokratie überfordernden Erkrankung abzugrenzen, zeigt sich beispielsweise in einer konsequenten Absenz der Erkrankung in vielen offiziellen Schriftstücken (die diese Erkrankung

72 Anmerkung: Die Bell-Skala dient zur Einschätzung des Grades der Beeinträchtigung. 10 (von bestenfalls 100) bedeutet: Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern.

73 Anmerkung: Das sind anerkannte, ärztlich verschriebene Medikamente (aus der Gruppe der Cannabinoide bzw. Opiode), die zur Behandlung von starken, chronischen Schmerzen eingesetzt werden.

ursprünglich als Auslöser hatten) oder etwa in den überraschend häufig ablehnenden Entscheidungen bezüglich Zuständigkeit.

Überforderung auf allen Ebenen kann sich in Rückkoppelung immer weiter aufschaukeln und Abgrenzungstendenzen verschärfen. Je mehr sich einzelne Einrichtungen dem Problem verschließen, desto mehr steigt die Überforderung bei anderen Einrichtungen, aber auch generell. Die Überforderung bei den Betroffenen steigt natürlich, wenn selbst die Verwaltung der Erkrankung scheitert oder monatelange Auseinandersetzungen zur Folge hat. Doch selbst die stark abgegrenzten Einrichtungen kommen indirekt unter Druck, da auch die laufende Abgrenzungstätigkeit sehr viel Energie fordert.

Präventionsmaßnahmen – Was tun, damit nichts passiert?

Bei der Behandlung des Themas Prävention (z.B.: Quarantäne, Masken, Impfung, etc.) gehen mitunter besonders schnell die Emotionen hoch. Allein dieser Umstand kann als Indiz dafür gewertet werden, dass es sich auch hier um ein sozial höchst relevantes Thema handelt, das deshalb ebenso kurz berührt werden soll.

Während die allermeisten wohl eine unterschiedlich differenzierte Meinung zu den Möglichkeiten, Grenzen und Risiken von Impfungen (und anderen Präventionsmaßnahmen) generell und im speziellen Fall haben, sind zwei entgegengesetzte Sichtweisen dermaßen dominant geworden, dass der fälschliche Eindruck entstanden ist, es gebe bloß folgende zwei mögliche Positionen: Die eine Seite sieht die Impfung als die aktuell beste verfügbare Lösung im Umgang mit der vorhandenen Gesundheitskrise und sieht dabei die Wissenschaft auf ihrer Seite. Auf der anderen Seite wird die Impfung als hochgefährlich angesehen, die teilweise sogar wider besseres Wissens bewusst schädigend eingesetzt wird, häufig aus der Überzeugung heraus, dass gar keine ernsthafte Gesundheitskrise vorläge, diese aufgrund anderer Interessen bloß inszeniert und selbst die etablierte Wissenschaft durch und durch korrumpiert sei.

Wenn Sichtweisen in der Einschätzung eines Sachverhaltes so weit auseinanderliegen, sich sogar in vielen Punkten deutlich widersprechen, gleichzeitig die Folgen massiv in das Leben eingreifen, ist die Gefahr sehr groß, dass der

Konflikt ohne gegensteuernde Maßnahmen völlig eskaliert. Mit Zunahme von Misstrauen und der Frustration im Umgang mit Vertreter*innen der anderen Sichtweise, nimmt in der Regel der wechselseitige inhaltliche Austausch und zwischenmenschliche Kontakt ab und damit das Misstrauen weiter zu. Die jeweiligen Wirklichkeiten schotten sich zunehmend voneinander ab, verhärten sich und stehen unversöhnlich gegenüber. Die jeweils andere Seite wird mit diversen abwertenden Zuschreibungen bis hin zu Diagnosen bedacht. Beide Seiten versuchen, jene am Konflikt zunächst noch Unbeteiligten auf ihre Seite zu ziehen. Beim Thema „Impfung“ zeigt sich vielleicht am eindrucklichsten, was passieren kann, wenn sich Rückkoppelungsphänomene ungebremst steigern.

Aufgrund des großen machtpolitischen Potentials jedes Konfliktes und jeder Krise wird eine so brisante soziale Ausgangslage in der Regel auch rasch von politischen Interessensgruppen und Parteien entdeckt. Es werden Positionen besetzt, die Zuspitzung bewusst weiter vorangetrieben und das Thema somit für eigene Zwecke instrumentalisiert. Nun wird es für alle noch ungemütlicher, insbesondere aber auch für Betroffene. Wenn nun gesundheitliche Folgen einer Infektion oder einer Impfung vorliegen, macht man sich mit Symptomen vor dem Hintergrund dieses Konfliktes in einem der Lager verdächtig. In speziellen Fällen, in denen die genaue Ursache der Symptome noch ungeklärt ist oder sowohl die Infektion als auch die Impfung Probleme bereiten, irritiert man damit gleichzeitig sogar zwei Seiten. Aus einem gesundheitlichen Problem ist nicht nur ein politisches geworden⁷⁴, sondern auch ein ideologisches, das sich tief in alle Bereiche der Gesellschaft, auch ins Gesundheitswesen, zieht.

„Der Internist, der mir die Impfung verabreicht hatte, beschloss alsbald, mich für psychisch belastet zu erklären und verschrieb mir Psychopharmaka, weil ich – nach (aus seiner Sicht) überstandener Myokarditis – immer noch mit unerklärlichen Herzrhythmusstörungen in die Praxis kam. Erst ein Kardiologe, zu dem ich viele Monate später von einem Vertretungsarzt überwiesen wurde, stellte

74 Gesundheit und Krankheit sind stets eng mit politischer Entscheidungsfindung verknüpft. Wie definieren wir (diese) Krankheit? Wofür zeigen wir uns gesellschaftlich verantwortlich? Welchen gesetzlichen Rahmen legen wir in der Krankenbehandlung fest? usf.

fest, dass meine Probleme gefährlich real waren. Zu oft habe ich erlebt, dass ich in dem Augenblick, in dem der Arzt von meinem nachgewiesenen Impfschaden erfährt, nicht mehr ernstgenommen werde. Diesem bedauerlichen Umstand komme ich nicht aus. Heute lenke ich deshalb das Thema umgehend in eine andere Richtung, wenn ein Doktor, auf den ich angewiesen bin, mich diesbezüglich belehren will. Im äußersten Fall entgegne ich, es sei doch egal, woher, Hauptsache, ich würde wieder gesund. Dann habe ich Ruhe.“

„Auf der Reha ein Patient: COVID ist doch nur eine leichte Grippe. Warum bist du hier?“

Ich: Long-COVID – ich habe schwer zu kämpfen.

Er: Impfschaden?

Ich: Nein seit der COVID-Infektion.

Er: Also doch Impfschaden.“

„Ich gebe es zu: Es fällt es mir zunehmend schwer, hinter dieser geballten Ignoranz auf so vielen Ebenen keine große Verschwörung zu sehen. Meist reichen mir aber dann doch die üblichen menschlichen Schwächen völlig als Erklärung: Gier, Bequemlichkeit, Eitelkeit, Dummheit, Schlampigkeit, maßlose Selbstüberschätzung, fehlende Selbstkritik und mangelnde Einsichtsfähigkeit.“

„Ein Arzt, den ich bis dahin nie gesehen hatte, stolziert bei einer Art Visite durch die Überwachungsstation, in der ich seit meinem Impfschaden häufig liegen muss und wirft ein paar schnelle Kommentare in die Betten und schreitet zu meinem. An Post-COVID oder gar Post Vac⁷⁵ glaube er nicht, das seien alles eigentlich völlig andere Krankheiten, die sowieso aufgetreten wären, also bloß zufällig korrelieren. Na ja, dazu gibt es halt mittlerweile seit Jahren zahlreiche internationale Studien, die einen kausalen Zusammenhang zwischen bestimmten Langzeitsymptomen und dieser Viruserkrankung eindeutig belegen und selbst die dahingehend sehr strengen Gutachter des Ministeriums haben in meinem Fall die unerwünschten Folgen der Impfung auf mein Herz zweifelsfrei anerkannt. Doch er ist bereits hinter dem Paravent verschwunden und belästigt mit

seiner persönlichen Meinung, basierend offenbar auf seinem Wissensstand von 2019 oder vielleicht gar aus den Zeiten seines Studiums im vorigen Jahrhundert, den nächsten Patienten.“

„Letzte Woche hat mir ein Mann mit voller Wucht ins Gesicht geschlagen, weil ich Maske trug. Er hatte mich davor schon angepöbelt wegen der Maske und als ich ihm gesagt habe, dass ich krank bin und sie deshalb zum Schutz trage, hat er gesagt ‚der Adi soll dich vergasen‘ und dann hat er gemeint ‚I moch di hinich‘ und hat zugeschlagen. Bei der Polizei habe ich das schon gemeldet, aber die haben das halt als ganz normale versuchte Körperverletzung und Drohung registriert. Ich würde das aber gerne irgendwo als Hate Crime melden – er hat ja mich ja nicht willkürlich angegriffen, sondern seinen Hass auf Kranke/Behinderte/Maskentragende an mir abgeladen.“

Zum Umgang mit Unsicherheit

Man könnte natürlich noch viele weitere soziale Aspekte herausgreifen, es sollte allerdings bereits deutlich genug geworden sein, dass es lohnenswert ist, das soziale Geschehen um Post-COVID in der medizinischen Behandlung von Betroffenen und in einer inhaltlichen Behandlung des Themas mitzudenken und dabei auch die Erfahrungswerte von Betroffenen einzubeziehen.

Will man abschließend ein Überthema benennen, das kommunikativ verhandelt wird, dann könnte man unsicher die Unsicherheit als zentralen, meist impliziten Inhalt der Kommunikation rund um die Erkrankung identifizieren. Die Destabilisierung, im Organismus durch die Viruserkrankung ausgelöst, pflanzt sich in der Psyche und im Sozialen – sowohl im Kleinen als auch gesellschaftlich – durch Rückkopplungsphänomene weiter fort. Die Betroffenen wissen nicht, was da mit ihnen geschieht, sowohl körperlich als auch im Umgang mit ihnen. Das Umfeld ist ebenso verunsichert. Beide Seiten agieren in einer Art und Weise, die die bestehende Verunsicherung weiter verstärken kann. Doch auch die medizinischen Behandler*innen und verwaltungstechnischen Bearbeiter*innen stehen vor vielen ungelösten Fragen. Diese Symptome und Problemlagen lassen sich nicht in bekannte Schemata einordnen. Es ist somit unklar, was zu tun ist. Somit macht sich auch in den beteiligten Institutionen Verunsicherung breit, die sich im Kontakt mit Betroffenen wechselseitig ebenso weiter aufschaukeln kann.

75 Anmerkung: Unter Post Vac (Vaccine) werden schwere unerwünschte Nachwirkungen der COVID-19 Impfungen verstanden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit Post-COVID werden diskutiert. Ungeachtet des Umstandes, dass Post-COVID bereits 2020 (und damit weit vor den ersten COVID-19-Impfungen) beschrieben wurde und viele Betroffene bereits seither und nach wie vor darunter leiden, wird von gewisser Seite behauptet, dass Post-COVID generell eigentlich Post-Vac wäre. Somit wird von unterschiedlichen durchaus dominanten Gruppierungen entweder die Existenz von Post-Vac, von Post-Covid oder auch von beidem gelehrt.

Auf Seite der Institutionen gibt es für solche Fälle bereits relativ gut eingespielte, teils standardisierte Abläufe, um aufkeimende Unsicherheit zu bearbeiten. Das sind beispielsweise:

- Man erklärt sich in diesem Fall für nicht zuständig.
- Man leitet eine umfangreiche Differentialdiagnostik anhand bekannter Schemata ein. Damit können Teilsicherheiten gewonnen werden (darüber, was alles eben nicht ist).
- Man ordnet zumindest einzelne Symptome bereits bekannten Schemata zu, behandelt diese und ignoriert alle anderen Symptome.
- Man leugnet die Existenz der Symptome generell oder speziell in dem vorliegenden Fall, beispielsweise indem man den Patient*innen unterstellt, sich alles bloß einzubilden oder völlig falsch einzuschätzen.
- Man hat Strategien entwickelt, um mit Ohnmacht und vorläufiger Überforderung konstruktiv umzugehen (dies scheint in einer stark effizienz-/effektivitätsorientierten, technologisierten Welt eher aus der Zeit gefallen)

Egal welche dieser Varianten gewählt wird: Die Sicherheit auf Seite der Institutionen kann zumindest vorübergehend wieder ausreichend hergestellt werden. Würden sich Betroffene damit zufriedengeben, dann könnte sozial alles so weiterlaufen, wie gehabt. Doch die meisten Strategien der Institutionen verstärken bloß die Unsicherheit bei den Betroffenen.

Diese spüren weiterhin tagtäglich, das etwas mit ihrem Organismus ganz und gar nicht stimmt und dass dieser Umstand nicht so einfach ignoriert werden kann, weil die Symptome dafür zu massiv sind. Ihnen stehen keine relativ einfachen Lösungsmöglichkeiten zur Eliminierung des Themas offen, um ihre Unsicherheit zu überwinden, da sich dieses über die Symptome immer wieder in Erinnerung ruft. Manche Betroffene haben Glück und die Symptome bleiben schwach oder vergehen relativ schnell wieder. Manche finden Behandler*innen, die ihnen ausreichend Sicherheit vermitteln können. Sehr viele müssen allerdings die Erfahrung machen, dass die Unsicherheit unverändert bestehen bleibt und ihnen offenbar niemand wirklich helfen kann, diese zu überwinden.

Naheliegende Strategien, um in so einer Situation etwas Sicherheit zurückzugewinnen, könnten dann unter anderem sein:

- Man verleugnet die Symptome so gut es geht selbst.
- Man beginnt auf eigene Faust, Informationen zu sammeln, nach alternativen Behandlungen Ausschau zu halten oder sich selbst zu behandeln.
- Man begehrt auf und fordert mit Nachdruck passendere Unterstützung ein.
- Man vernetzt sich und tauscht Informationen und Wissen mit anderen Betroffenen aus.
- Man erkennt die Unsicherheit und die Erkrankung als unveränderbare Realität an.
- Man hofft auf spirituelle Weise Erlösung zu erlangen.
- Man resigniert und gibt sich dem Schicksal hin.

Die meisten dieser Lösungen kosten viel emotionale, kognitive und physische Energie. Ausgerechnet an der mangelt es ja den meisten Betroffenen.

Mit zunehmender Erschöpfung und Symptomstärke wächst vermutlich wieder die Unsicherheit. Umgekehrt stresst und erschöpft eine permanent hohe existentielle Unsicherheit den Organismus, wenn dieser dauerhaft auf Gefahren-/Überlebensmodus geschaltet ist. Hier könnte sich möglicherweise die Unsicherheit mit der Erschöpfung bzw. der Stärke anderer Symptome rückkoppeln.

In der Auseinandersetzung zwischen Betroffenen und Institutionen lässt sich ebenso ein chronischer oder gar eskalierender Konflikt erwarten. Die Abgrenzungstendenzen und Bearbeitungslogiken der Institutionen verstärken die Unsicherheit der Betroffenen. Deren Reaktionen verunsichern die Institutionen, worauf diese ihre bisherigen Versuche gegen zunehmenden Kontrollverlust intensivieren, die ihrerseits die Unsicherheit bei den Betroffenen weiter verstärken.

„Gestern dann beim Neurologen. Endlich. Warte seit 3 Wochen. Er beschimpft mich fast, warum ich so viel herumforsche. Hab 3 Wochen durchgestanden. Dieser Mann war meine Hoffnung. Dann kritisiert er mich, ich durchleuchte meinen Körper wie unter dem Mikroskop. Wer würde denn nicht forschen, wenn er Tag für Tag seit über 15 Monaten Tag für Tag kein gesunder Mensch mehr ist. Wir hätten besseres zu tun, wenn alles

gesundheitlich ok wäre. Meint, ich bin überfordernd und anstrengend. Ja weil ich halt selber denk und nicht nur Ja und Amen sage. Natürlich reg ich mich mittlerweile auf, weil er steckt nicht in meinem Körper und kann gut reden. Und irgendwann reichs dann auch mal wieder. Hatte alle Hoffnung auf diesen Termin gesetzt. Nicht mal irgendwas aufgeschrieben, empfohlen etc. Geld, Zeit weg... Ist denn sowas noch zu glauben! Bin maßlos enttäuscht.“

„Als ich in meiner Verzweiflung Hilfe bei meiner Hausärztin suchte: (nach HNO-, Lungenfacharzt, ein paar CD Untersuchungen, ...) meinte sie: ‚Ich klinke mich da aus, mir ist das zu hoch ... Sie wissen ja eh schon mehr über Long-COVID als ich... Wenn Sie neue Erkenntnisse haben, teilen Sie mir die bitte mit, denn ich habe eine Patientin der geht es viel schlechter und die ist viel jünger...‘ Genau das möchte man hören, wenn man am Ende seiner Weisheit ist und Hilfe beim Arzt seines Vertrauens sucht.“

„Also ich habe die Vermutung, dass diese Long-COVID Ambulanz immer nur pro forma existiert hat. Da haben sie einen Arzt von der Neuro eingeteilt, der dann wahrscheinlich neben seiner eigentlichen Tätigkeit ein paar solcher LC Patienten dran nahm. Ahnung hat dort niemand. Und die Wartezeiten waren wahrscheinlich deshalb so elends lang (über ein Jahr bei mir) weil sich der Arzt eben wegen seiner sonstigen Arbeit selten Termine einteilte. So ähnlich wird das auch mit dieser ‚offiziellen Studie‘ sein. Macht sich gut am Papier und in der Außenwirkung (schließlich haben sie als Univ. Klinik nun einen Forschungsauftrag), aber halt auch nix als heiße Luft dahinter! Ich habe sehr lange in diesem Krankenhaus gearbeitet und weiß daher wie das dort abläuft.“

Alle Seiten sind stark verunsichert. Oftmals wird wechselseitig die jeweilige Expertise in Frage gestellt. Dies verstärkt die Unsicherheit. Das Vertrauen in die jeweils anderen sinkt, die Unsicherheit steigt weiter, usf. Eine Rückkoppelung, die sowohl für Betroffene, für Behandler*innen, das Gesundheitssystem als auch gesamtgesellschaftlich fatal ist.

Wenn das gemeinsame Tun bloß zu einem ständigen Anwachsen der Unsicherheit führt, dann braucht es Außenstehende, die hier weiterhelfen und dazwischen gehen (intervenieren). Dies sind oftmals Angehörige, Freunde, Mitbetroffene, Arbeitskolleg*innen, Arbeitgeber, Hilfseinrichtungen, usf., aber auch Professionist*innen der angesprochenen Berufsgruppen aus Medizin, Verwaltung und Politik. Sie können einzelne

Rückkoppelungsphänomene verändern z.B.: die sich aufschaukelnde Irritation, Unsichtbarkeit, Isolation oder die existenzielle Unsicherheit.

„Freunde brachten mich wenige Wochen später ins Landeskrankenhaus, da ich nicht mehr lebensfähig war allein zuhause. Dort wurde ich auf alles Mögliche getestet. Diagnose: CFS und sie können mir nicht helfen. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung wäre gut gewesen, weil ich laut ihnen nicht wieder arbeiten werde können. Einige Wochen nach meiner Entlassung wurde ich zusehends mehr suizidal.⁷⁶ Ich hatte jede Hoffnung auf ein ‚normales‘ Leben aufgegeben, kam phasenweise nicht mal mehr aus meiner Wohnung im 2. Stock. Um ehrlich zu sein, ein Suizid war mein Silberstreifen am Horizont. Doch, meine besorgten Nachbarn brachten mich zu einer wunderbaren Psychaterin und das änderte alles für mich.“

„Meine Familie und so viele Freunde unterstützten mich auf so unterschiedliche Art und Weise. Ich hätte diese Hilfsbereitschaft nicht für möglich gehalten. Alleine hätte ich das niemals durchgestanden.“

„Wir hatten bereits alles Mögliche versucht, doch alles schien maximal kurzfristig zu helfen. Doch meine Ärztin gab niemals auf. Nach Jahren der Arbeitsunfähigkeit und der Behandlungen, die ich überwiegend selbst zahlen musste, ging mir nach und nach das Geld aus. Sie verzichtete eine Zeit lang sogar auf ihr Honorar. Ich kann gar nicht sagen, wie dankbar ich ihr bin. Das hat meine bereits völlig angeschlagene Zuversicht weiter am Leben gehalten.“

„Ich wurde vor kurzem gekündigt, nach fast 2 Jahren Krankenstand. Aber in der Firma waren alle sehr verständnisvoll. Dafür bin ich dankbar!“

Klarerweise hatten und haben nicht alle Betroffene ein unterstützendes Umfeld. Und jedes Umfeld kann mit der Zeit überfordert werden, wenn die Belastungen zu groß werden oder zu lange andauern.

„Mein Mann hat vom ganzen Stress der letzten Jahre auch Gesundheitsprobleme bekommen, kämpft gerade mit einer Schilddrüsenentzündung und fühlt sich sehr schlecht. Unglaublich, wie es ist, meinen Mann so im Stich zu lassen. Die ganze Familie leidet. Er arbeitet Vollzeit im Home-Office, macht alles im Haushalt, kocht zwei Mal täglich für mich, kümmert sich um mich und um meinen Sohn. Er hat keine einzige Minute frei und kann nicht mehr. Ich müsste über meine Grenzen gehen,

⁷⁶ Anmerkung für den Krisenfall: Unter der Telefonnummer 142 ist österreichweit rund um die Uhr eine Ansprechperson zu erreichen.

sodass ich mich um unseren Sohn kümmern kann. Ich pushe mich jetzt an guten Tagen mindestens mit ihm zu lernen. Alles im Liegen und viel Mühe.“

Abschließend können aus den im Artikel beschriebenen Rückkoppelungsphänomenen Lösungen abgeleitet werden, wie wir diese an unterschiedlichen Stellen unterbrechen können und stattdessen konstruktivere Dynamiken beleben. Hier ein paar Ideen in diese Richtung, die teilweise bereits verfolgt werden:⁷⁷

- Seriöse, möglichst unabhängige Forschungsinitiativen schaffen eine solide Wissensbasis
- Eine darauf aufbauende, fundierte Aufklärung schafft Orientierung
- Information durchbricht die Unsichtbarkeit und Isolation der Erkrankung
- Profunde Erkenntnisse werden zügig (z.B.: über gezielte Fortbildungen) in das Gesundheitssystem eingespeist
- Eigene Vorannahmen werden regelmäßig und wissenschaftlich redlich überprüft
- Neu entwickelte Diagnosetools helfen die Erkrankung richtig zu erfassen
- Die Entwicklung von effektiven Behandlungsmethoden wird vorangetrieben
- Die Versorgungsstrukturen werden an die speziellen Erfordernisse einer neuartigen Multisystemerkrankung angepasst
- Den Abgrenzungstendenzen der Verwaltung und Versorgung wird mit für alle Beteiligten entlastenden Speziallösungen begegnet
- Die Erfahrungen von Betroffenen (und Angehörigen) werden dabei als unverzichtbare Erkenntnisquelle wertgeschätzt
- Bereits bestehende Angebote und Konzepte werden weiter ausdifferenziert und auf die unterschiedlichen Bedürfnisse (je nach Krankheitsphase, Symptomschwere, etc.) angepasst

⁷⁷ JedeR kann an unterschiedlichen Stellen der Reproduktion von wenig hilfreichen Dynamiken widerstehen und stattdessen alternative Handlungen setzen. Das beginnt bei einem „offenen Ohr“ für Betroffene, dem Aushalten von temporärer Unsicherheit und endet bei politischen Entscheidungen. Der Impact wird je nach Position unterschiedlich groß sein. Auch kann ein Einfordern von gewissen Maßnahmen neue soziale Konflikte heraufbeschwören bzw. die bestehenden vertiefen. Dennoch könnte alleine der Umstand, den sozialen Kontext der Erkrankung benennen zu können, der aktuell einer Heilung vielerorts zusätzlich entgegenstehen mag, Betroffene entlasten und zu neuen Ideen anregen.

- Die basale Existenz der Betroffenen wird möglichst unbürokratisch abgesichert

- Einer ideologischen Vereinnahmung des Themas wird widerstanden

- Es wird gezielt aus bereits begangenen Fehlern der Vergangenheit gelernt

- Usf.

All dies erhöht wechselseitig das stark in Mitleidenschaft gezogene Vertrauen. Die damit wachsende Sicherheit, Orientierung und Beruhigung stellen einen brauchbaren Rahmen für die Gesundwerdung möglichst vieler Betroffener und die gesellschaftliche Bewältigung der Gesundheitskrise dar.

Vielleicht kann auch dieser Artikel anregen, Post-COVID mutig, zuversichtlich und mit neuen (sozialen) Ideen zu begegnen und das wohl besser vernetzt als isoliert. Deshalb sei auch an dieser Stelle ein ausdrücklicher Dank für all jene Menschen und Institutionen angebracht, die sich genau dafür einsetzen und Betroffene auf unterschiedliche Weise unterstützen.⁷⁸

„Weißt du was bis jetzt das Heilsamste war? Die Umarmung meiner Frau, nachdem ich wieder einmal völlig verzweifelt und total am Ende war.“

Quellen:

1) und 6) Die Erfahrungsberichte von Betroffenen: Die Erfahrungsberichte stammen überwiegend aus der Facebook-Gruppe der Betroffeneninitiative „Long Covid Austria“. Mit Zustimmung der Betroffenen wurden deren Posts im Original übernommen, in Absprache teilweise gekürzt und anonymisiert, von den Betroffenen gegengelesen und für den Artikel freigegeben. Weitere Erfahrungsberichte wurden in persönlichen Gesprächen, Telefonaten und über Messenger-Dienste gesammelt. Einzelne Episoden daraus wurden vom Autor ausformuliert. Insgesamt finden sich in diesem Artikel unterschiedliche Erfahrungsberichte von 25 Betroffenen. Der Autor dankt an dieser Stelle den Betroffenen für ihre Bereitschaft ihre Erfahrungen zu teilen.

2) Zur Würdigung der Expertise von Klient*innen (übertragbar auch auf Patient*innen):

Harlene Anderson und Harold Goolishian (1992). Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. In: ZSTB 10(3), S. 176-189. Abstract unter: https://www.systemmagazin.de/zeitschriften/ZSTB/1992/zstb_1992_3.php

⁷⁸ Auch die Erstellung dieses Artikels benötigte aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen viel Geduld und Unterstützung der Redaktion. Daher auch an dieser Stelle besonderen Dank an Dr. Walter Milowiz für die intensive Begleitung und kritische Reflexion.

Zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung als allgemeiner Wirkfaktor (generell für Heilbehandlung relevant):

Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Bruce Wampold (2017). Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht. Göttingen: Hogrefe.

4) und 27) Zum Konzept der „Zirkularität“ und zu Lösungsversuche als Teil einer problemerhaltende Interaktion:

Walter Milowiz (2009). Teufelskreis und Lebensweg. Systemisch denken im sozialen Feld. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Fritz. B. Simon (2006). Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Heidelberg: Carl-Auer

10) Anzahl der laborbestätigten COVID-19 Infektionen: <https://orf.at/corona/daten/oesterreich> Internetaufruf: 8.8.23

11) Anzahl der COVID-assoziierten Todesfälle in Österreich: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1104271/umfrage/todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-2019-ncov-in-oesterreich/> Internetaufruf: 8.8.23

12) Zum je nach Variante unterschiedlichen Risiko, Post-COVID zu entwickeln: Michela Antonelli, Joan Capdevila Pujol, Tim D Spector, Sebastian Ourselin & Claire J Steves (2022). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. Lancet. 2022 Jun 18; 399(10343):2263-2264. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00941-2

13) Zur Schätzungen der Größenordnung von Post-COVID in Europa:

<https://www.who.int/europe/de/emergencies/overview/13-09-2022-at-least-17-million-people-in-the-who-european-region-experienced-long-covid-in-the-first-two-years-of-the-pandemic--millions-may-have-to-live-with-it-for-years-to-come> und <https://www.who.int/europe/de/news/item/27-06-2023-statement---36-million-people-across-the-european-region-may-have-developed-long-covid-over-the-first-3-years-of-the-pandemic> Internetaufruf: 8.8.23

14), 15), 16), 23), 56) und 61) Post-COVID: Wie sich COVID-19 langfristig aufs Herz auswirkt. Überblicksarbeit von Prof. Dr. Thomas Meinertz auf der Homepage der Deutschen Herzstiftung. <https://herzstiftung.de/ihre-herzgesundheit/coronavirus/post-covid-herzschaden-therapie> Internetaufruf: 8.8.23

17) und 18) Überblick über die häufigsten Post-COVID Symptome und deren Verlauf: Hannah E. Hannah E. Davis, Gina S. Assaf, Lisa McCorkell, Hannah Wei, Ryan J. Low, Yochai Re'em, Signe Redfield, Jared PAustin & Athena Akrami (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. Published: July 15, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>

19), 24), 34), 50) und 51) Vergleichende Gegenüberstellung der Post-COVID Symptomatik und ME/CFS, Überblick über bisherige Studien zu unterschiedlichen somatischen Erklärungsansätzen, die Einschätzung der Forschungslücke und einer völlig unzureichende Versorgungslage und vieles mehr auf der Homepage der deutschen Gesellschaft für ME/CFS: <https://www.mecfs.de/> Internetaufruf: 8.8.23

20) Zu möglichen langfristigen Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität von Post-COVID-Betroffenen:

Jennifer K. Logue, Nicholas M. Franko, Denise, J. McCulloch, Dylan McDonald, Ariana Magedson, Caitlin R. Wolf & Helen Y. Chu (2021). Sequelae in Adults at 6 Months after COVID-19 Infection. JAMA Netw Open. 2021;4(2):e210830. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0830>

Jessica Seeßle, Tim Waterboer, Theresa Hippchen, Julia Simon, Marietta Kirchner, Adeline Lim, Barbara Müller & Uta Merle (2022). Persistent Symptoms in Adult Patients 1 Year After Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Prospective Cohort Study. Clinical Infectious Diseases, Volume 74, Issue 7, 1 April 2022, Pages 1191–1198, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab611>

21) Zu den möglichen Folgen der gesundheitlichen Einschränkungen nach Post-COVID auf die Arbeitsfähigkeit:

Claudia Kedor, Helma Freitag, Lil Meyer-Armdt, Kirsten Wittke, Leif G. Hanitsch, Thomas Zoller, Fridolin Steinbeis, Milan Haffke, Gordon Rudolf, Bettina Heidecker, Thomas Bobbert, Joachim Spranger, Hans-Dieter Volk, Carsten Skurk, Frank Konietzschke, Friedemann Paul, Uta Behrends, Judith Bellmann-Strobl & Carmen Scheibenbogen (2022). A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. Nature Communications volume 13, Article number: 5104

22) und 66) Die Behandlungs-Leitlinie „Long-COVID S1“ der österreichischen Fachgesellschaften: https://pegam.at/system/files/attachments/kurz_long_covid_s1_master_211104.pdf Internetaufruf 8.8.23

25) Zur (kognitiven) Anpassung an Anforderungen der Umwelt:

Jean Piaget: Das Weltbild des Kindes. dtv/Klett-Cotta, München 1978.

28) Zur Einschätzung möglicher Folgen einer COVID-19 Impfung in einem Interview mit Prof. Dr. Bernhard Schieffer (Universitätsklinikum Marburg): <https://www.rechtsdepesche.de/post-vac-ist-wie-long-covid/>

32) Zu Selbsthilfeorganisationen:

„Lost voices“: <https://lost-voices-stiftung.org/> oder Bericht über „Nicht genesen“ <https://www.zdf.de/nachrichten/zdfheute-live/corona-long-covid-politik-video-100.html>

36), 45), 49), 52) und 70) Zur Geschichte des Umganges mit post-viralen Folgeerkrankungen:

Radio-Beitrag „Long COVID und ME/CFS –Krimi um eine Krankheit“ von Nikolas Morgenrot. Diese kann auf der homepage des WDR noch bis 22.11.2027 nachgehört werden <https://www1.wdr.de/radio/wdr5/sendungen/dok5/long-covid-chronic-fatigue-100.html> Internetaufruf: 3.10.23

38) und 43) Originalartikel des “Royal Free Hospital” (1955):

„An Outbreak of encephalomyelitis in the royal free hospital group, London, in 1955“ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1962472/pdf/brmedj03125-0013.pdf> Internetaufruf: 26.9.23

40) Artikel von Collin P. McEvedy und A. W. Beard (1970):

“Royal Free Epidemic of 1955: A Reconsideration” unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1700894/pdf/brmedj02268-0019.pdf> Internetaufruf: 26.9.23

41) Zu den lange Zeit ignorierten geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Erkrankungen:

Maya Dusenberry (2017). Doing Harm. The truth about how bad medicine and lazy science leave women dismissed, misdiagnosed and sick. New York: HarperOne

44), 46) und 47) Zitate von Melvin Ramsay, der die „Myalgischen Enzephalomyelitis“ als Erster unter diesen Namen erforscht hat:

Zitiert nach Pauline Ovenden, Präsidentin der „Hereford CFS/ME/FMS group“, die damals selbst als Krankenpflegerin in „Royal Free Hospital“ tätig war, siehe: http://www.cfs-aktuell.de/juni12_2.htm Internetaufruf: 27.9.23

48) Zur Krankheitslast und fehlender somatischer Forschung bei post-viralen Erkrankungen am Beispiel ME/CFS:

Arthur A. Mirin, Mary E. Dimmock and Leonard A. Jason (2020). Research Update: The Relation Between ME/CFS Disease Burden and Research Funding in the USA. Journal Work, Vol 66, Nr.2: 277 – 282.

53) Zur großangelegten Forschungsinitiative zu Post-COVID in den USA:

<https://science.orf.at/stories/3220655/> Internetaufruf: 30.9.23

57) Zu möglichen kurz- und langfristigen kardiovaskulären Folgen nach einer Infektion mit COVID-19:

Yan Xie, Evan Xu, Benjamin Bowe & Ziyad Al-Aly (2022) Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. Nature Medicine volume 28, pages 583–590 (2022)

Eric Yuk Fai Wan, Sukriti Mathur, Ran Zhang, Vincent Ka Chun Yan, Francisco Tsz Tsun Lai, Celine Sze Ling Chui, Xue Li, Carlos King Ho Wong, Esther Wai Yin Chan, Kai Hang Yiu & Ian Chi Kei Wong (2023). Association of COVID-19 with short- and long-term risk of cardiovascular disease and mortality: a prospective cohort in UK Biobank. Cardiovasc Res. 2023 Jul 6; 119(8):1718-1727. doi: 10.1093/cvr/cvac195.

58) Bereits sehr frühe Hinweise auf Schädigungen und eine mögliche Herzbeteiligung bei Post-COVID:

Valentina O. Puntmann, M. Ludovica Carerj, Imke Wieters, Masia Fahim, Christophe Arendt, Jędrzej Hoffmann, Anastasia Shchendrygina, Felicitas Escher, Mariuca Vasa-Nicotera, Andreas M. Zeiher & Maria Vehreschild, Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020; 5(11):1265-1273. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557

Denisa Bojkova, Julian U G Wagner, Mariana Shumliakivska, Galip S Aslan, Umber Saleem, Arne Hansen, Guillermo Luxán, Stefan Günther, Minh Duc Pham, Jaya Krishnan, Patrick N Harter, Utz H Ermel, Achilles S Frangakis, Hendrik Milting, Andreas M Zeiher, Karin Klingel, Jindrich Cinatl, Andreas Dendorfer, Thomas Eschenhagen, Carsten Tschöpe, Sandra Ciesek, Stefanie Dimmeler. SARS-CoV-2 infects and induces cytotoxic effects in human cardiomyocytes. Cardiovasc Res. 2020 Dec 1; 116(14):2207-2215. doi: 10.1093/cvr/cvaa267. PMID: 32966582; PMCID: PMC7543363.

59) Eine subtile Myocarditis als mögliche Langzeitfolge einer milden COVID-19 Infektion: Valentina O. Puntmann, Simon Martin, Anastasia Shchendrygina, Jędrzej Hoffmann, Mame Madjiguène Ka, Eleni Giokoglu, Byambasuren Vanchin, Niels Holm, Argyro Karyou, Gerald S. Laux, Christophe Arendt, Philipp De Leuw, Kai Zacharowski, Yascha Khodamoradi, Maria J. G. T. Vehreschild, Gernot Rohde, Andreas M. Zeiher, Thomas J. Vogl, Carsten Schwenke & Eike Nagel (2022). Long-term cardiac pathology in individuals with mild initial Covid19 illness. Nature Medicine 28, 2117-2123. doi: 10.1038/s41591-022-02000-0

60) Über Entzündungs- und Umbauprozesse am Herzen nach Covid-19:

Christopher Werlein, Maximilian Ackermann, Helge Stark, Harshit R. Shah, Alexandar Tzankov, Jasmin Dinonne Haslbauer, Saskia von Stillfried, Roman David Bülow, Ali El-rmouche, Stephan Kuenzel, Jan Lukas Robertus, Marius Reichardt, Axel Haverich, Anne Höfer, Lavinia Neubert, Edith Plucinski, Peter Braubach, Stijn Verleden, Tim Salditt, Nikolaus Marx, Tobias Welte, Johann Bauersachs, Hans-Heinrich Kreipe, Steven J. Mentzer, Peter Boor, Stephen M. Black, Florian Länger, Mark Kuehnel & Danny Jonigk (2023). Inflammation and vascular remodeling in COVID-19 hearts. Angiogenesis 26, 233-248. doi.org/10.1007/s10456-022-09860-7

63) Zum generell sehr langdauernden Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung: https://www.bmbf.de/bmbf/de/forschung/gesundheit/transfer/transfer_node.html Internetaufruf: 2.10.23

Bücher

von Ameln, Falko (2018): **Führung und Beratung. Kognitive Landkarten durch die Welt der Führung für Coaching, Supervision und Organisationsberatung.**



In der Arbeit mit Führungskräften im Coaching, der Supervision sowie der Organisationsberatung können Orientierungspunkte bzw. -hilfen wesentlich sein für die Verortung der Führungsarbeit sowie deren Orientierung und der weiteren Perspektive.

In dem Buch werden unterschiedliche Landkarten aufgezeigt und beschrieben, wie beispielsweise:

- Aufgabenlandkarte - das Führungsrad von Malik (S. 23)
- Führungskultur – die INQA-Studie (S. 30f)
- Führung als Arbeit am System und im System – vorausschauender Selbststeuerung und Reflexion von Wimmer (S. 26f)

- Führungsdilemmata von Blessin und Wick (S. 34f)

- Agilität mit Konzept von Laloux (S. 57f)

- Am Ende des Buches werden sieben „Spotlights“ gesetzt, die Themenfokus bieten zu z.B. laterales Führen und Führen in Sandwichpositionen.

Da Landkarten nicht das Land sind, sondern dieses versucht wird damit zu beschreiben, wird nicht alles an Komplexität und Themen und Dynamiken abgebildet.

Die Theorien haben in sich eine Struktur, die auch ablenken kann und zu verfälschten Erkenntnissen/Ergebnissen führt.

Daher ist dieses Buch für Supervisor*innen & Coaches gedacht, die diese Landkarten dann in Reflexion dekonstruieren und „neu“ schreiben können.

Die die Führungsarbeit ordnen und für die Beratung von Führungskräften Modelle der Bearbeitung, Reflexion und Sichtweisen anbieten.

Und es kann auch für die Eigenreflexion für die Beratungspraxis von Führungskräftecoaching, Führungskräfteentwicklung sowie Organisationsberatung Einsatz finden.

Klaus Wögerer

Kühl, Stefan; Muster, Judith (2016): Organisationen gestalten. Eine kurze organisationstheoretisch informierte Handreichung.



Ein überaus dünnes Buch zu Organisationen – geht das und ist da überhaupt „etwas“ drinnen, das Gestalten ermöglicht für Organisationsakteur*innen und/oder Organisationsberater*innen, Supervisor*innen und Coaches? Stefan Kühl und Judith Muster liefern mit ihrem Buch „Organisationen gestalten“ eine Handreichung

jenseits des Maschinenmodells. Viele glauben, dass Organisationen wie Maschinen funktionieren und es daher die Phantasie gibt diese auch so zu führen/bedienen/beeinflussen. (vgl. S. 1)

Diese Komplexitätsreduktion von Organisation als Maschine greift zu kurz, da in Organisationen Latenzen immanent sind. Es gibt ständig widersprüchliche Anforderungen in Organisationen und diese gilt es zu bewältigen. (vgl. S. 35)

„Wie sollten auch angesichts der widersprüchlichen Ziele in einer Organisation die optimalen Lösungen für eine Situation gefunden werden?“ (S. 61)

Trotz all dieser Widersprüchlichkeiten, chaotischer Abläufe, Unklarheiten bringen Organisationen dauerhaft bzw. immer wieder mehr oder weniger überzeugende Produkte bzw. Dienstleistungen hervor. (vgl. S. 9)

In der Organisationsforschung haben sich verschiedene Entscheidungsprämissen herausgebildet, die unterschieden werden können und jeweils spezifisch in den Blick genommen werden kann:

- Kommunikationswege
- Programme/Konzepte
- Personal (vgl. S. 13- 17)

Zudem kann eine Organisation von drei Seiten betrachtet und auch reflektiert werden:

- Formale Seite

entschiedene Entscheidungsprämissen; Klarheit über das Vorgehen und Regeln

- Informale Seite

nicht entschiedene Entscheidungsprämissen; Widerspruch von Regeln, informelle Strukturen

- Schauseite der Organisation

Fassaden der Organisation nach außen, zur Öffentlichkeit; wie die Organisation von Anderen gesehen werden will (vgl. 17- 27)

An diesen Seiten und mit diesen Entscheidungsprämissen wird Organisation gestaltet. Meist im Fokus: die Schauseite und Programme, denn dort sind die Widersprüche meist nicht bzw. nur wenig sichtbar.

„Bei der Gestaltung von Organisationen kommt es darauf an, die Dilemmata in kanalisierter Form besprechbar zu machen. Die Aufgabe des Managements von Unternehmen, aber auch von Verwaltungen, Krankenhäusern, Kirchen oder Hochschulen wird zunehmend darin gesehen, die Komplexitätswahrnehmung der Organisation zu erhöhen, indem es zur Entfaltung von Dilemmata beiträgt.“ (S. 59)

Dass solch ein Vorgehen die Unsicherheit und Angst für das Management bzw. die Führungskräfte erhöht ist immanent. Organisationsberatung, Supervision & Coaching können einen wesentlichen Beitrag leisten, dieser Angst bzw. Unsicherheit für Führungskräfte und Management zu begegnen und gehbare Wege zu entwickeln, wenn sie nicht selbst in das Muster der Angstbewältigung durch Konzepte fallen. (vgl. S. 36)

„Veränderungen in Organisationen funktioniert nicht nach ... zweckrationalen Planvorstellungen. (...) Je konkreter ein Masterplan in die Realität umgesetzt wird, desto deutlicher wird, dass dieses Konzept ähnliche Widersprüchlichkeiten birgt wie alle anderen vorher bekannten Organisationskonzepte auch.“ (S. 37)

Das Buch ermöglicht in Reflexion zu gehen – als Führungskraft als auch als Berater*in:

- Welche dominanten Muster hat (m)eine Organisation zur Konstruktion ihrer Realität aufgebaut?
- Was wird mit der Differenzierung dadurch sichtbar?
- Wo schauen Organisationen nicht hin und welche Themen/Schwierigkeiten ergeben sich daraus? (vgl. S. 64)

Das Buch bietet einen kompakten Blick auf Organisationen für Berater*innen, Supervisor*innen & Coaches sowie für Führungskräfte und Manager*innen und regt zur Reflexion (m)einer Organisation an.

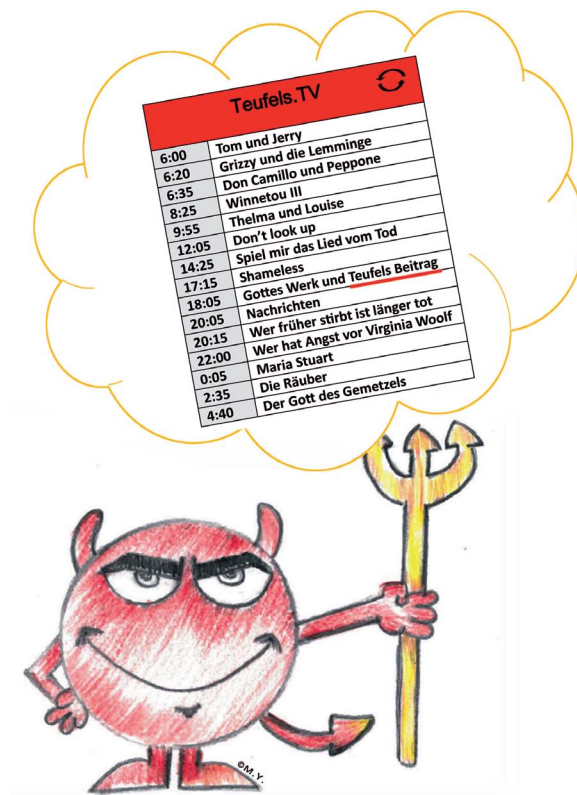
Eine absolute Leseempfehlung!

Klaus Wögerer

Feuilleton

Des Teufels liebste Kreise!

Filmempfehlungen für Teufelskreisliebhaber und Zirkularitätsfanatiker



Gezeichnet 2023 von Mahmoud Yousef

Viel Vergnügen beim Ansehen der Filme!



Mittun bei ASYS?

In unterschiedlichsten Formaten ermöglichen wir Vernetzung, bieten Vertiefung und Auseinandersetzung mit systemischem Tun in Theorie und Praxis und lassen Entwicklung entstehen.

Mit unserer Homepage www.asys.ac.at bieten wir außerdem eine umfassende Plattform für systemisches Denken und Handeln.

→→ Mitglied werden

Nutzen und Leistungen der ASYS Mitgliedschaft

Unsere Mitglieder können an den vereinsinternen Veranstaltungen teilnehmen, die systemische Bibliothek des Vereins nützen sowie Kleinanzeigen in der Vereinszeitschrift oder per E-Mail schalten lassen, soweit diese nicht dem Vereinszweck entgegenstehen bzw. aus rechtlichen oder moralischen Gründen abzulehnen sind.

Per E-Mail werden Hinweise auf oder Einladungen zu Veranstaltungen und andere vereinsinterne Nachrichten an alle Mitglieder verschickt.

Bei Veranstaltungen des Vereins erhalten Mitglieder in der Regel Ermäßigungen.

Der Bezug der Vereinszeitschrift BASYS ist ebenfalls in der Mitgliedschaft inbegriffen.

[Unser ASYS-Veranstaltungskalender](http://www.asys.ac.at) auf <http://www.asys.ac.at> informiert über Veranstaltungen von ASYS, von ASYS-Mitgliedern und sonstige empfohlene Veranstaltungen.

Teilen Sie uns Ihre Veranstaltungen mit, die für ASYS Mitglieder und andere systemisch Interessierte von Interesse sind. Wir veröffentlichen diese gerne.

Als Grundlage der Veröffentlichung dient unser Vereinszweck: Systemisches Denken und Handeln zu fördern.

Bitte senden Sie Veranstaltungsinfos an Klaus Wögerer: klaus.woegerer@asys.ac.at

Kosten einer ASYS Mitgliedschaft

Der Mitgliedsbeitrag für fördernde Mitglieder beträgt derzeit EUR 30,00 pro Jahr.

Informationen und Anmeldeformular finden Sie unter <https://www.asys.ac.at/asys/mitglied-werden/>

→→ Beiträge für unsere Zeitschrift gesucht!

Unser nächstes Heft befasst sich mit dem Thema „**Erweitern der Handlungsmöglichkeiten**“.

Wir freuen uns über Ihre Beiträge - schriftlich oder bildlich an office@asys.ac.at!

Redaktionsschluss für das nächste Heft ist der 1.3.2024



Termine

21.11 - 25.11.2023	Organisationstraining - Theorie und Praxis der Organisation. 4. Seminar des neuen SV-Lehrganges bei PINA, Feldkirch
07.12.2023, 19:00	AG Literatur des ASYS
24.01 - 27.01.2024	Experimentelles Verhalten als Intervention. 5. Seminar des SV-Lehrganges bei PINA, Feldkirch
12.- 13.02.2024	ReTeaming mit Ben Furman, PINA, Feldkirch https://pina.at/seminare-termine/-event/ben-furman-reteaming
25.-26.02.2024	ASYS Trainer*innentreffen in Wien
03.-06.04.2024	(Wechsel-)Wirkungen erfahren. 6. Seminar des SV-Lehrganges bei PINA, Feldkirch
08.-11.05.2023	Der erste Kontakt – Akquise, Organisationskultur, Erstgespräch, Kontrakt. 7. Seminar des SV-Lehrganges bei PINA, Feldkirch
08.05.- 11.05.2024	Freundliche Übernahme? Kooperation und Ausschluss in Organisationskontexten. Gruppendynamisches Organisationstraining/-labor mit Machaela Judy, Conny Kohlross-Gittenberger, Christine Pechtl. Wien. https://mitglied.oeagg.at/evaluate/org/91571207/oeagg/view-event?item_id=91976808
21.-22.6.2024	Theorie & Theorien zu „Der erste Kontakt – Akquise, Organisationskultur, Erstgespräch, Kontrakt“. 7. Seminar des SV-Lehrganges bei PINA, Feldkirch
17.10.2024- 07.03.2025	Bildung – Freiheit – Verantwortung. Gruppendynamische Jahresgruppe mit Heinz Baumann, Klaus Wögerer in Spital/Pyhrn https://www.asys.ac.at/wp-content/uploads/2023/06/Gruppendynamische-Jahresgruppe2024-2025.pdf
ab 01.05.2025	Systemische Supervision & Coaching. Neuer ASYS-Lehrgang 2025- 2027 in Kooperation mit PINA, Feldkirch



Rückkoppelung

© Milowiz 2010

ISSN 2072-0416

