



© famveldman / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Wie erzählen Genesene über ihre Corona-Erkrankung?

Wiederkehrende Themen, Erfahrungen und Deutungsmuster Erzählen über einschneidende Ereignisse, wie über die eigene durchstandene Coronaerkrankung ist identitäts- und sinnstiftend. Durch das Sprechen darüber können Aspekte des Krankheitserlebens betont und in Deutungskontexte eingeordnet werden. In der Narration wird das Erlebte geordnet, sowie einzelne Aspekte gewichtet und mit verschiedenerlei Botschaften versehen. ✍️ Gudrun Silberzahn-Jandt

In den ersten Wochen und Monaten der Pandemie und auch heute stehen medial hauptsächlich Zahlen zu Infizierten, Genesenen, Verstorbenen, Reproduktionswert etc. im Mittelpunkt. Die Berichterstattung ist medizinisch bzw. epidemiologisch ausgerichtet. Die Bilder zu Corona auch quantitativ auszuwerten, wäre interessant – nach einem ersten Eindruck sind sie dominiert von 3-D Animationen des Virus, Dashboards oder den Gesichtern der Epidemiologen und Virologen. Bilder und Geschichten von Erkrankten oder Genesenen finden sich auch in der zweiten Welle seltener, obgleich sie selbst in Facebook und auf Instagram einzelne Selbstdarstellungen oder tagebuchartige Geschichten in die Öffentlichkeit tragen. Dennoch wird sowohl medial als auch wissen-

schaftlich das Erleben, Deuten und Einordnen der Krankheit als krisenhafte Leiberfahrung der Betroffenen noch wenig beachtet. Wenn überhaupt, geht es beim Fokus auf die Genesenen um medizinische Fragen zu möglichen Spätfolgen. Diesem Desiderat und der Erlebensebene der Betroffenen will sich die hier vorgestellte Studie annehmen.

Die „Innenseite“ des Krankheitserlebens erforschen

Die wissenschaftliche Annäherung an die Frage nach dem Erleben stellt sich als inter- und multidisziplinäres Forschungsfeld dar. Dem Krankheitserleben und den subjektiven Deutungen sowie den Narrativen widmen sich neben der Pflegewissenschaft (Moers 2012) die

ZUSAMMENFASSUNG

Die Art, wie Coronagenesene über ihre Erkrankung erzählen, lässt zentrale Themen deutlich werden, wie die Auseinandersetzung mit der Leiberfahrung, den Umgang mit Raum und Zeit, die Sorge um sich und andere. In der Narration wird das Erlebte strukturiert und in die eigene Biographie integriert. Der Unordnung, die das Virus verursacht hat, wird eine eigens geschaffene Ordnung gegenübergestellt. Die Sorge während der Erkrankung gilt nicht nur sich selbst, sondern in weit höherem Maß der Gefahr, andere anzustecken.

Schlüsselwörter: Covid-19, Krankheitserleben, Narration, Leiberfahrung

Psychologie (Lucius-Hoene et al. 2018; Lucius-Hoene & Deppermann 2004; Lucius-Hoene 2008), insbesondere die Psychoonkologie, die Soziologie und die Kultur- und Religionswissenschaft (Dornheim 1983; Moos 2018; Holmberg 2005) sowie mit sehr umfassenden Arbeiten und großer Kontinuität die interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Universitäten Freiburg, Göttingen und Brandenburg, die das Projekt Krankheitserfahrungen verantwortet (**Kasten**). Hier wird mittels narrativer Interviews der Blick auf die „Innenseite“ des Krankheitserlebens gerichtet.

Um die emische Sicht der Erkrankten, ihre Erlebensebene sowie deren Deutungen zu erfahren, begann die Autorin eine qualitative Studie. Mit drei nun wieder gesunden Männern und sechs Frauen im Alter von 35 bis 62 Jahren – alle ohne Kinder im eigenen Haushalt – wurden im Zeitraum Juni bis Anfang August 2020 narrative Interviews (Loch & Rosenthal 2002; Schütze 1983) via Videokonferenz oder Telefon geführt. Der Zeitpunkt ihrer Erkrankungen lag zwischen März und Mai 2020. Zwei betonen, dass sie zu den ersten Erkrankten in ihrer Region gehörten. Einer meint, er sei in seinem Landkreis der 35. oder 36. gewesen. Ein anderer erwähnt, dass sogar noch die Test-Abläufe, Zuständigkeiten und Orte, als er im März erkrankte, unklar waren. Zwei Männer waren in Krankenhausbehandlung, einer wegen anhaltendem hohem Fieber, der andere wegen Atemnot und Bauchbeschwerden. Keiner musste invasiv beatmet werden. Alle Befragten sind berufstätig und arbeiten nach ihrer Erkrankung wieder in ihrer vorherige Tätigkeit. Eine beschreibt noch leichte neurologische Symptome, wie Wortfindungsstörungen, mehrere nehmen weiterhin Schwäche und geringere Kondition sowie Atemnot wahr, einer hat noch nach drei Monaten Geruchs- und Geschmacksirritationen.

Erzählen als struktureller Akt der Sinngebung

Die meisten der Interviewten berichten, dass sie bisher kaum die Möglichkeit hatten, über das Erlebte umfassend zu erzählen (Schult 2015). Sie fangen unmittelbar nach der Eingangsfrage mit ihrer klar strukturierten Erzählung an und orientieren sich an der zeitlichen Abfolge des Krankheitsgeschehens als Kontingenzerfahrung (Sturma & Heinrichs 2015). Sie benennen exakt, an welchem Datum, Wochen- oder Feiertag sie warum getestet wurden, wann sie das

Ergebnis erhielten und wann welche Symptome auftraten. Damit geben sie dem Erlebten eine Struktur, rahmen die Ungewissheit, die das Virus mitbrachte zeitlich ein. L.M. konnte diese Daten nicht auswändig sagen, hatte sie aber in einem eigens dafür angelegten Ordner abgeheftet, quasi auf- und weggeräumt. Krankenschwester A.F. aus München, die seit kurzem wieder arbeitete, begann mit dem Satz: „Also ich muss sagen, ich hatte am Dienstag einen erneuten Test und bin positiv getestet worden.“ Damit erklärte sie deutlich: meine Geschichte ist noch nicht beendet. Das Virus bringt meine gerade wiederhergestellte Ordnung durcheinander. C.S. ordnete ihre Erkrankung in die Überlegung ein, beim wem sie sich angesteckt haben könnte. Der positive Befund und der Bescheid vom Gesundheitsamt, sowie die sich daraus ergebenden Handlungen kennzeichnen den Schwellenzustand. In dieser, wie der Ethnologe Victor Turner es bezeichnete, Liminalität (Turner 1989) befindet sich die Person in einer Art labilen Zwischenexistenz im Übergang zu einer neuen Identität und definiert sich neu. Die bisherige alltägliche Ordnung ist zumindest zeitlich instabil, muss neu geschaffen werden und führt zu einem anderen Status. Für die Erkrankten war dies der meist nach einem Abstrich definierte Befund und folglich besondere Verhaltensaufgaben einhalten zu müssen. L.M. beschreibt dies so: „Zu dem Zeitpunkt war mir überhaupt nicht klar, was das bedeutete [...]. so der erste Gedanke war so: Oh fuck. Geh ich jetzt an Corona drauf. [lacht] Mir war schon noch klar, mir pas-

ANZEIGE

Hier steht eine Anzeige.



ERFAHRUNGEN TEILEN

Nach der Idee und Methodik der britischen Website www.healthtalk.org der Health Experience Research Group, Department of Primary Health Care der Universität Oxford stellen die Universitäten Freiburg, Göttingen und Brandenburg im Rahmen ihrer Forschungen Erfahrungsberichte von Erkrankten auf einer Webseite zur Verfügung.

Hier erzählen Menschen von ihren persönlichen Erfahrungen im Umgang mit einer Erkrankung wie Brustkrebs, Diabetes oder Epilepsie oder einem Gesundheitsproblem.

 krankheitserfahrungen.de

siert wahrscheinlich nichts, ich bin jung, [...] ich bin alles andere als in der Risikokategorie. [...] Aber trotzdem unheimlich [...] Und dann hab ich versucht, die nächsten Tage einfach zu strukturieren.“

Die Interviewten gestalten ihre Krankenerzählung mit einer klaren Dramaturgie, einem Höhepunkt, auf den die Erzählung hinausläuft, mit kleinen wichtigen, aber auch unterhaltsamen Seitensträngen, ein klarer Schluss mit Coda steht am Ende. Oft wird dann aber nach einer Pause oder einer Zwischenfrage der Erzählstrang neu aufgenommen und eine neue Geschichte der Erkrankung mit weiteren Details schließt sich an. M.M., eine 62-jährige Krankenschwester, die sich an ihrem Arbeitsplatz im Hospiz mit Covid-19 infizierte, berichtete in der Art, dass man mitfieberte, ob sie ohne Krankenhausaufnahme die Tage überstehen würde. Der erste Erzählhöhepunkt war ihr Anruf beim Notarzt, der sie abwies, da sie weder Husten noch Atemnot hatte. Ihre Symptome, die kolikartigen Bauchschmerzen, Diarrhoe und Kreislaufbeschwerden schätzte er nicht als behandlungsbedürftig ein. Auch der Hausarzt, sah zwei Tage später ihre Beschwerden wegen fehlender pneumologischer Symptomatik als wenig schlimm an. (Elsbernd 2020; Steinfath & Wiesemann 2016) F.M. berichtet als für ihn sehr bedeutende Nebenhandlung: „Die Gemeinde, in der ich lebe, die hat sich relativ schnell drum gekümmert, dass meine Frau auch in Quarantäne kommt, (...) aber die hat dann auch nochmal angerufen vom Ordnungsamt (...) Und da war ich positiv überrascht, die hat sich auch drum gekümmert, dass mein Hund in der Zeit verschiedene Gassigeher kriegt, von der Gemeinde aus, das war sehr positiv. [...]“ L.M. nahm in seiner Darstellung als dramaturgisches Element die für ihn und die Gestaltung der Krankheitszeit so wichtige Ordnung und Struktur auf: „Ah, das war schon speziell nicht raus zu können [...] Irgendwann hatte ich dann so einen Alltag beisammen und so, hab dann halt mich beschäftigt, hab versucht mir dann irgendwelche Sachen beizubringen, die ich mal machen wollte, [...] viel gelesen und viel gskyped.“ Die Coda fällt bei M.M. kritisch aus. Sie erwähnt, dass der Hausarzt knapp vier Wochen nach den ersten Symptomen zu einem Abstrich zu ihr nach Hause kam, als sie eigentlich wieder gesund war: „Und eigentlich fand ich das lächerlich.“ In dem nächsten Erzählstrang erklärt sie, was für sie die Schwere der Erkrankung ausmachte: „Ja von meinem Gefühl her,

dass ich eigentlich eben keine Hilfe krieg, wirklich. Mir geht es schlecht, ich kann hier im Haus niemandem zur Hilfe schreien groß, weil die dürfen ja nicht zu mir.“ M.M., der in der Klinik behandelt werden musste, zitiert zunächst den Psalm 23 und resümiert dann: „Ich freu mich, dass ich wieder leben kann, aber ich nehm' es nicht mehr ganz so selbstverständlich, glaub ich [...]“

Raum und Raumordnung

Coronainfizierte haben im Gegensatz zu Erkrankten mit anderen Diagnosen kaum einen sekundären Krankheitsgewinn. Sie erhalten weder besondere personale Aufmerksamkeit noch Empathie, Krankenbesuch oder Mitleid noch körperliche Nähe (Riedel 2018). Aufgrund möglicher Ansteckung anderer müssen sie sich ab dem Verdacht einer Diagnose isolieren und werden gemieden. So wie das Virus werden sie quasi unsichtbar, aber für die Außenwelt dennoch als Gefahr wahrgenommen. Die Wohnungs- oder Zimmertür bildet die Grenze zwischen drinnen und draussen, gesund und krank, Virus und der gesunden Welt, positiv und negativ. Bis zur Tür kann noch Empathie und Unterstützung gezeigt werden, indem etwa Essenspakete abgestellt werden, wie mehrere der Interviewten beschrieben. Doch der Krankheitsalltag findet hinter verschlossenen Türen statt. L.M., 25 Jahre alt, hatte nach einem Skiurlaub in Vorarlberg erfahren, dass eine Mitreisende an Covid erkrankt war. Deshalb und wegen einer schon vor dem Urlaub bestehenden, aber nicht abgeklungenen Erkältung ließ er sich testen. Schon als er in seiner Wohngemeinschaft von dem Verdacht der Erkrankung berichtete, zogen seine Mitbewohner aus. Und M.M., formuliert verallgemeinernd und abstrahierend: „Das ist eigentlich das Schlimmste, Sie liegen isoliert in dem Zimmer.“ Die häusliche Gemeinschaft mit Ehemann und erwachsenem Sohn wurde nicht mehr gelebt. Wichtigstes Medium zur Außenwelt war das Telefon. M.M. spricht über ihre permanente Sorge, für sich als Kranke selbst und allein verantwortlich zu sein und niemanden haben zu dürfen, der sie als medizinisch professionelle Person regelmäßig in Augenschein nimmt: „Ich hab zu meinem Mann gesagt, erschreck nicht wenn irgendwann das Blaulicht kommt, dann hab ich den Notarzt geholt.“ Und an anderer Stelle betont sie die große Bedeutung des Telefons: „Ich hab einen engen Whatsappkontakt gehabt die ganze Zeit mit einer Kollegin. Das hat mir sehr sehr gut getan.[...]“

Auch L.M. beschreibt sein Handy als das zentrale Instrument zur Außenwelt und als Verbindung zu den in ganz Deutschland verstreuten Freunden, die nach dem Spaß beim Skifahren nun entweder in Quarantäne oder gleichzeitig erkrankt waren. „Wir hatten dann eigentlich eine Gruppe von 30 Leuten, die eingesperrt waren [...] und wir hatten einfach einen Whats-App-Gruppen-Chat [...] eigentlich den ganzen Tag lang [...]“ F.M. gelingt es mit Selfies, in der Situation selbst und nach der Genesung die Ereignisse in eine zeitliche Beziehung (Holmberg 2020) zu setzen und so eine räumliche und chronologische Ordnung herzustellen.

Das Drinnen und Draußen, die ungewohnte Raumerfahrung ist ein zentrales Thema der Erzählungen. M.M., der im Krankenhaus behandelt werden musste, beschreibt es sehr drastisch: „Es war wie in der Einzelhaft im Krankenzimmer [...], irgendwann hat man auch keine Lust mehr übers handy irgendwas zu machen. [...] Die Stationen waren dicht, man hat ja keinen Besuch bekommen, [...] saß da im Knast.“ C.S. galt zunächst als Kontaktperson Kategorie

II und hatte daher nach den Vorgaben des Gesundheitsamts keine Regeln räumlicher Trennung zu beachten. Nachdem sie aber erkrankte und einige Tage später das Ergebnis „positiv“ erhielt, musste sie sich von ihrem Mann und Sohn separieren. Auch diese erhielten die Auflage, sich in Quarantäne zu begeben. Nach ihrer Genesung wartete sie auf die Aufhebung der Quarantäne durch das Gesundheitsamt und fragte dort telefonisch nach. Sie erinnert sich an folgenden Dialog: Die Mitarbeiterin des Gesundheitsamts sagte, „Ja ja das muss schon längst durch sein, sie dürfen eigentlich schon raus, haben sie noch nichts bekommen?“, sag ich, „Ne. ich hab nichts. Ich warte [...] sehnsüchtig drauf [...] Also das Schlimme ist eigentlich nicht, dass man im Haus sein muss, sondern, dass man so gar nichts, weißt du selbst entscheiden kann, dass du nicht einkaufen gehen kannst und das aussuchen darfst was du gern hättest. [...]“

Leiberfahrung einordnen

Alle Befragten ordnen die Covid-19-Infektion und ihre Leiberfahrungen (Moers und Uzarewicz 2012; Schmitz 2011; Uzarewicz 2016) in ihre bisherige Krankheitsgeschichten ein. Ihre Beurteilung der Krankheit und Genesung hängt somit nicht allein von der Schwere der Erkrankung ab, sondern wird bezogen auf die eigene Biographie und andere schwere Ereignisse. C.S. setzt die akute Krankheitserfahrung mit der einer schon mal erlebten Lungenentzündung gleich, betont aber sogleich das Unbekannte des langen Genesungsprozesses. F.M. betont: „Eigentlich bin ich relativ glimpflich davongekommen.“ Und erklärt: „Psychisch nehme ich so was immer relativ locker, also ich hab‘ schon viele Schicksale erlebt, ich hab‘ einen Unfall beim Schlittensfahren, dass ich mir die Wirbelsäule [...] angebrochen hatte, [...] also ich kenne das Krankenhaus und das Umfeld eigentlich relativ gut. Von dem her ist es für mich nichts neues.“ A.F. unterstreicht das Neue und die Stärke der Beschwerden, die sie irritierten und besorgten: „Ich hatte gleich einen Geschmacks- und Geruchsverlust gehabt. Und das hab‘ ich auch so nie gekannt und diese extremen Kreislaufbeschwerden hatte ich noch nie in meinem Leben.“ Später sagt sie: „Ich kam mir vor wie eine alte Frau, so kurz vor einer Herztransplantation.“ Der Unterschied war jedoch, dass sie allein, ohne intensivmedizinische Überwachung und nur mit dem marginalen Wissen über das Virus und seine Wirkung auf ihren Körper zuhause war. Zudem transportiert dieses Bild implizit die Inhalte, dass die Erkrankung eine lange Zeit der Erholung benötigen könne und trotz hoher medizinischer Expertise mit einem hohen Risiko verbunden ist. MCB., die nebenberuflich Sängerin und Tanzlehrerin ist, erschütterte die Erkrankung, weil sie sich auf ihren Körper, konkret auf ihre Beine und die Funktion den Körper zu tragen und fortzubewegen sowie auf ihre mentalen Fähigkeiten nicht mehr verlassen konnte. Der aufrechte Gang, das Spielen mit Rhythmus, Schrittlänge und Geschwindigkeit war ihr nicht mehr möglich. „Also, ich bin [beim Aufstehen] immer fast zusammengebrochen, [...] das war schon sehr heftig. Und dadurch wurde ja der ganze Körper so geschwächt, wenn man da im Bett liegt. [...] In der Situation und weil man nicht weiß, was kommt noch. (humorvoll) Was gibt es noch Schlimmeres.“ (Sontag 2016)

Sorge anderer, um sich selbst und um andere

Sorge beschreiben die Genesenen in drei Richtungen, zum einen als Sorge und Kümmern anderer um sie – mittels Essenspaketen,

Anrufen, regelmäßigem Kontakt durch Messengergruppen oder Beten – und zum anderen als eigene Sorge um den Krankheitsverlauf und drittens um die Frage, ob sie noch andere angesteckt haben. Einige betonen, dass die Sorge um andere die größte gewesen sei. Sie sehen sich in der Verantwortung, durch die exakte Einhaltung der Verhaltensweisen und der Isolation weitere Infektionen zu verhindern. Manche wissen aber auch, dass und wen sie in der Zeit vor der Diagnose infiziert haben. Problematisch wird für einige von ihnen die Unsicherheit, wann sie nicht mehr als ansteckend gelten. So eindeutig die Erkrankung mittels eines positiven Tests definiert ist, so unklar ist das Ende und die Aufhebung der Isolation. In einem Fall gingen die Mitarbeitenden des Gesundheitsamts davon aus, nach 14 Tagen Quarantäne sei die Erkrankte gesund, in einem anderen überließ das Amt die Einschätzung ob es sich um Corona- oder allergische Hustensymptome handelte, dem Infizierten selbst. Diese Unsicherheit und die Verunsicherung mag als Charakteristikum des Virus und des Umgangs damit gedeutet werden, und als Form der Selbstsorge und Selbstdefinition als Genesene.

Es ist geplant, die Studie fortzuführen. Erste Interviews mit Genesenen der zweiten Welle fanden bereits statt. Es soll dann weiterhin um Deutungen und die emische Sicht gehen, aber auch um die Frage ob sich diese im Verlauf der Pandemie anders darstellen und andere Gefühle und Geschichten Oberhand gewinnen. Erste noch unfertige Beobachtungen sind: die Geschichten sind kürzer, die Einzelnen ordnen ihr Erleben nun ein in das Vieler, die ähnliches durchgemacht haben und beziehen sich – zum Teil vergleichend – darauf. ►►

FAZIT

In der Corona-Pandemie machen an Covid-19 Erkrankte besondere Erfahrungen. In Erzählungen darüber erklären und strukturieren sie das Erlebte und generieren Erkenntnisse. Diese zu erschließen und Wissen in verschiedene Disziplinen, wie der Pflege, der Medizin, der Versorgungsforschung einzubringen, kann für die Versorgung und die Nachsorge der Erkrankten, sowie die Prävention sehr gewinnbringend sein.

📄 **Eine umfangreiche Literaturliste erhalten Sie im eMagazin der [PflegeZeitschrift](https://www.pflegezeitschrift.de) und auf [springerpflege.de](https://www.springerpflege.de)**

Autorenkontakt:

Dr. Gudrun Silberzahn-Jandt, Kulturwissenschaftlerin und Palliative Care Fachkraft, Referentin beim Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.. Sie betreibt das Büro für Kulturwissenschaftliche Forschung.
E-Mail: silberzahn-jandt@t-online.de