

Langfristfolgen der Pandemie für die Arbeitswelt

Erste Ergebnisse des COFONI Arbeitswelt-Monitors und Handlungsempfehlungen für betriebliche Akteure

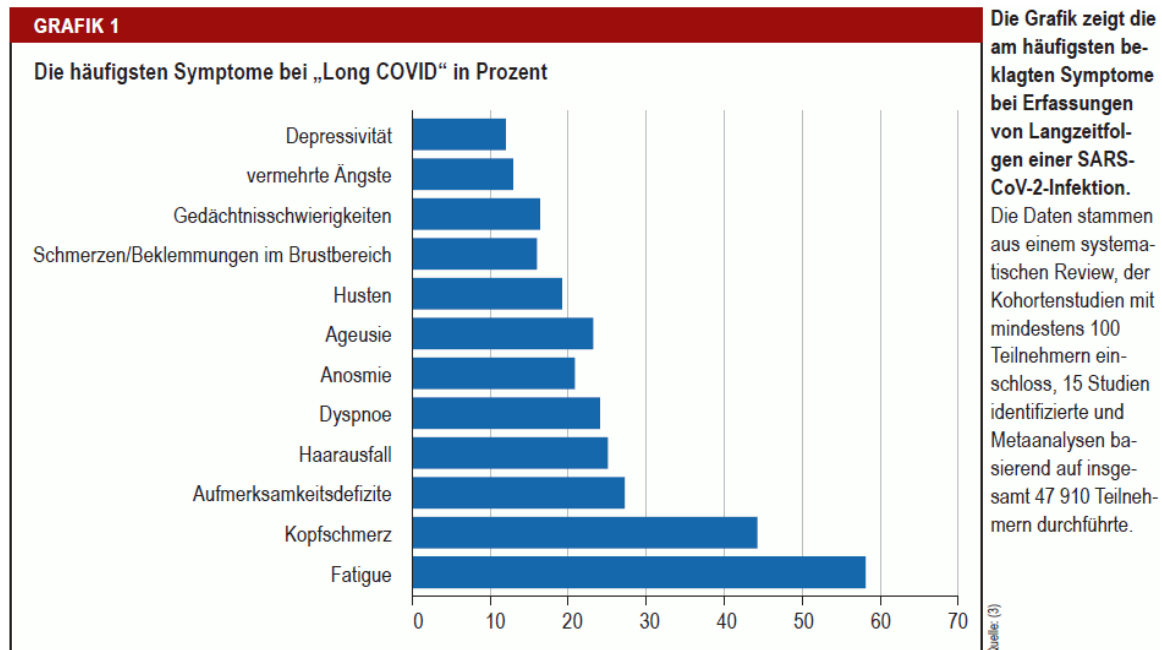


Prof. Dr. Hajo Holst
Agnes Fessler, M.A.
Carolin Neubert, M.A.
Steffen Niehoff, M.A.

23.10.2024

Long Covid: Gesundheitliche Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion

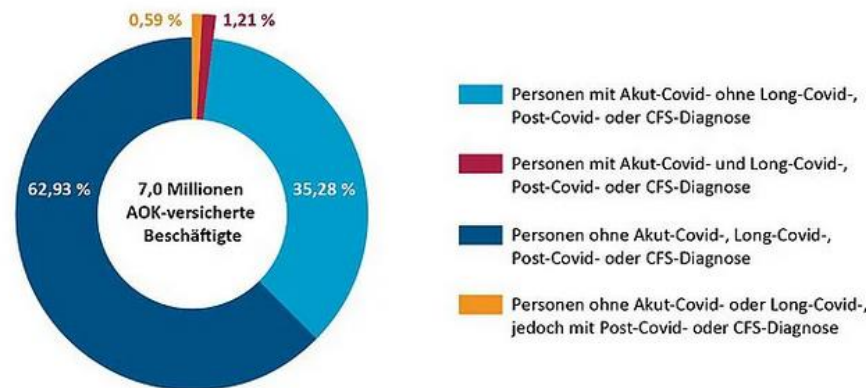
- Unterscheidung zwischen **Long COVID** (Symptome, die zwischen 4 und 12 Wochen nach Krankheitsbeginn bestehen) und **Post COVID** (Symptome länger als 12 Wochen ohne anderweitige Erklärung)
- **kein einheitliches Krankheitsbild**, sondern verschiedene mögliche gesundheitliche Langzeitfolgen mit sehr **diversen Krankheitsverläufen**



Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2021; 118(15): A-774 / B-648

Long Covid: Häufigkeit aufgrund unsicherer Diagnose & Datenlage nicht gesichert

- Krankenkassendaten: **1,8 % der Versicherten** krankgeschrieben mit Long/Post COVID oder CFS (126.000 Fälle bei 7.000.000 Versicherten)
 - 10 – 15 % aller Infizierten; davon 50 % mit persistenter Dauer über einem Jahr; davon 20 % mit schweren Einschränkungen im Alltag.
 - 25 – 50 % erfüllen nach einem halben Jahr die Diagnosekriterien für ME/CFS.
- Nature Medicine (2024, modellhafte Hochrechnung): **Kumulativ 400 Millionen Menschen weltweit betroffen**



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

<https://www.aok.de/pp/bv/pm/post-covid-und-long-covid/>

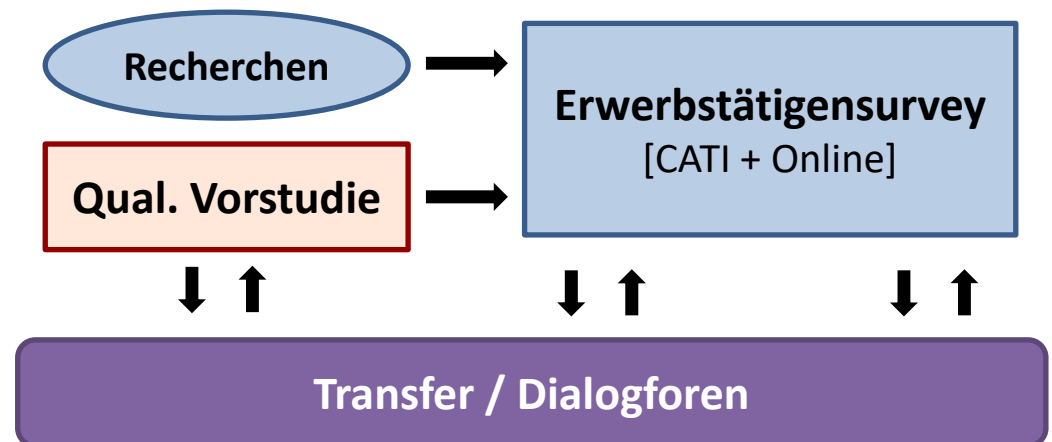
Projekt

Kooperationsprojekt der Universität Osnabrück und des Netzwerks der Kooperationsstellen Hochschulen und Gewerkschaften in Niedersachsen aufbauend auf den Vorarbeiten im Rahmen des Arbeitswelt-Monitor „Arbeiten in der Corona-Krise“

Mapping arbeitsweltlicher Langzeitfolgen der Pandemie (inkl. des betrieblichen Umgangs mit Long/Post COVID) mit Blick auf berufliche Ungleichheiten (Oesch)

Aktueller Stand

- **42 qualitative Interviews** mit Erwerbstätigen, Long COVID-Betroffenen und betrieblichen Expert:innen; initial Fokus auf Long COVID-Betroffene (27 Interviews)
- Transfer:
 1. **Dialogforum**
am 07.06.24 in Braunschweig
 2. **Dialogforum**
am 26.09.24 in Göttingen
 3. **Dialogforum: Osnabrück**



Fördernummer: 11LZF23

Projektbeginn: 01.01.2024

Erste Ergebnisse der qualitativen Vorstudie

Arbeiten mit Long COVID

	Long COVID (N=18)	Post-Vac (N=9)	Gesamt
Geschlecht			
Frauen	13	7	20
Männer	5	2	7
Erwerbsklasse			
Soz.kult. Professionen	2	3	5
Dienstleistende	3	1	4
Management	7	3	10
Bürokräfte	0	0	0
Techn. Expert:Innen	3	2	5
Produktionsarbeitende	0	0	0
Arbeitgeber/Freie Berufe	2	0	2
Kleingewerbe	1	0	1
Beschäftigungsstatus (zuletzt)			
Selbständig	3	1	4
Verbeamtet	3	0	3
Abhängig Beschäftigt	11	5	16
Erwerbslos	1	3	4

Fallbeispiel Frau Plessner

- Angestellte Rechtsanwältin aus Süddeutschland (36 Std.), 31 Jahre ledig, keine Kinder
- PostVac seit Dezember 2021 (aktuelle Symptome: Wortfindungsstörung, brain fog, Erinnerungslücken, Fatigue)
- Nach Erkrankung lange AU, Wiedereinstieg nur aufgrund stark angepasster Arbeitsbedingungen rasch möglich (100 % mobiles Arbeiten auf Vertrauensarbeitszeit)
- Positive Erfahrung mit Vorgesetzten und Kolleg*innen, auch durch „radikale Offenheit“
- Aufrechterhaltung ihres Gesundheitszustandes nur aufgrund privater Finanzierung von Behandlungen (teilweise heute noch bis zu 2000 €/ Monat)
 - **Umfangreiche Anpassung der Arbeitsbedingungen** auf Grundlage eines guten persönlichen Verhältnisses zu bzw. eigener Betroffenheit bei den Vorgesetzten
 - **Neuordnung der Stellung von Erwerbsarbeit** und Reflexion/ Verurteilung eigener früherer Arbeitsweisen (bspw. Entgrenzung) unter den Bedingungen der Erkrankung

Fallbeispiel Herr Richter

- Angestellter Rettungsassistent aus Westdeutschland (36 Std.), 35 Jahre, in Partnerschaft, 1 Kind
- Erkrankt an COVID im Oktober 2020, ab Dezember Aufnahme in Long COVID-Studie (Symptome: Myokarditis, Fatigue; heute: schrittweise (langsame) Besserung)
- Nach Infektion zunächst abwechselnd Versuche, zu arbeiten und Krankschreibung, anschließend lange AU
- Infektion als Arbeitsunfall anerkannt, Long COVID hingegen nicht (langwierige, erfolglose Auseinandersetzung mit der Berufsgenossenschaft)
- Keine Unterstützung durch den Arbeitgeber oder die MAV, Kündigung des Arbeitsverhältnis Anfang 2024
- Finanzielle Einbußen durch Verletztengeld, Krankengeld und anschließendem Arbeitslosengeld ggü. normalem Lohn geschätzt 90.000€
 - **Wiedereingliederung** ist gescheitert, Tätigkeit des Rettungsassistenten nicht kompatibel mit stufenweiser Belastungszunahme; Umschulung kommt nicht zustande
 - **Erkrankung wird als nichtendender Kampf empfunden** ohne Unterstützung durch Arbeitgeber, MAV, Gesundheits- und Sozialsystem, trotz vorheriger Aufopferung für die Gesellschaft

These 1: Der Kreis der Betroffenen ist deutlich größer als der offiziell diagnostizierte Kern. Sichtbarkeitsproblematik: Sind die Betroffenen sichtbar für alle Akteur:innen im Betrieb?

- Betroffene berichten die ärztliche Begleitung fast ausnahmslos als Odyssee → Anerkennung der Erkrankung aufgrund unsicherer Diagnosekriterien schwierig (bei Post-Vac diese Problematik noch erhöht)

Typische Erscheinungsformen im Betrieb:

- (1) Arbeitsunfähigkeit / Wiedereingliederung (dauerhaft/wiederkehrend)
- (2) EMR (beantragt/Widerspruch)
- (3) Arbeitsanpassungen in Teil-/Vollzeit, meist Hybrid/Homeoffice**
- (4) Arbeiten ohne Arbeitsanpassungen („Weiter so“)
- (5) Langzeitkranke u. „unregistriert“ krank Arbeitende** („Dunkelziffer“, steigend)
- (6) Erwerbslose & Gekündigte/Vertragsauflösungen

These 2: Die Betroffenen leiden nicht nur unter den körperlichen und kognitiven (Arbeits-)Einschränkungen, sie leiden auch unter den gesellschaftlichen Leistungsnormen.

- Betroffene betonen den Zusammenhang zwischen (verinnerlichtem) gesellschaftlichem Leistungsdruck und dem individuellen Genesungsprozess
 - Arbeitsfähigkeit als Bedingung von Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft
 - *„der Druck und Wunsch zu Arbeiten. Das ist ca. 50:50. Das ‚Ich muss wieder arbeiten gehen‘ hat was gemacht mit der Genesung. **Jetzt mit der Kündigung in Aussicht ist dieser Leistungsdruck weg. Ich kann mich besser auf die Genesung konzentrieren. Das andere ist der Wunsch: Ich möchte nicht akzeptieren, dass ich chronisch arbeitsunfähig bin.**“*
- Das Thema spannt sich auf im Dreieck Arbeit – Gesellschaft – Krankheit und ist daher insbesondere relevant für betriebliche Interessenvertretungen
 - *„man schaut: kann man den Beschäftigten an die Anforderungen anpassen oder muss man die Tätigkeiten anpassen (...) reduziertes Arbeitsvolumen ist die wesentliche Arbeitsanpassung“ (BGM Hochschule)*

These 3: Arbeitsorganisatorische Anpassungen (inkl. der Leistungserwartungen) sind ein Schlüssel für die erfolgreiche Bewältigung in der Erwerbsarbeit. Die Möglichkeiten hierfür sind aber sehr ungleich verteilt.

- (individuelles) Pacing und/oder (organisationale) Entlastungsstrukturen unterscheiden sich nach Beruf und Betrieb (reduziertes Arbeitsvolumen, Teilzeit, Homeoffice, Ruheraum, Einseitigkeit d. Tätigkeit etc.)
- Faktoren: Autonomie, Ausstattung (Personal/Einkommen), Tätigkeitsgrenzen, Vorgesetzten- u. KollegInnen-Beziehungen (Leistung & Führung: „Mensch als auswechselbare Ressource“ vs. „unterschiedliche Fähigkeiten“)

*„in der Klinik ist es zu anstrengend mit zuvielen Menschen, alle wollen was nonstop (...)
Online-Therapie geht nicht leider (...) die Klinik ist nicht so digital und wegen Datenschutz“
(Kunsttherapeutin)*

*„bin Vollzeit angestellt, mache aber Pausen, arbeite weniger, das ist ok für alle, ich kriege
meine Arbeit getan“ (Entwicklerin)*

*„ich arbeite 3 Tage im geschützten Raum der Praxis (...) die Kollegen verstehen meine Situation,
ich kann jederzeit Pause machen, werde entlastet. Die Arbeit gibt mir Halt, soziale Kontakte und
um nicht in den Bankrott zu kommen.“ (Hautarzt)*

These 4: Long/Post-CoV ist auch ein arbeitspolitisches Thema, in Deutschland aber bislang vor allem als gesundheits- und sozialpolitisches Thema diskutiert.

- Auf der betrieblichen Ebene:
 - Erste Eindrücke aus dem Material lassen vermuten, dass die Erfassung, eine routinierte Handhabung oder gar Ansätze von Regulierung in Bezug auf Long COVID/Post-Vac im Betrieb gänzlich fehlen
 - BR/PR mit eingeschränkten zeitlichen Kapazitäten aufgrund von Aufgaben der „alltäglichen Arbeitsbewältigung“

- Auf der überbetrieblichen Ebene:
 - Long COVID als Thema beim DGB und Einzelgewerkschaften anderen Themen nachgeordnet, Rolle des Wegweisers mit Verweisen auf Kanäle des BGM
 - Gewerkschaften in anderen Ländern nehmen teilweise aktivere Rolle ein (bspw. TUC in Großbritannien)

- Aber: Arbeitsorganisatorische Anpassungen im Umgang mit Einschränkungen aufgrund von Long COVID/Post-Vac berühren Kernthemen der Arbeitspolitik (Pacing und Leistungserwartungen, Schonarbeitsplätze, Ruheräume), die über das BEM hinausgehen

These 5: Die gesellschaftliche De-Thematisierung der Pandemie verschärft die Individualisierung der Bewältigung der kollektiven Gesundheitsrisiken der Pandemie. Covid als Symbol für das Verhältnis Krankheit-Gesellschaft / Umgang mit Erkrankung in der Arbeitsgesellschaft

- Prekäre Stellung chronisch Erkrankter in der Arbeits- bzw. Leistungsgesellschaft allgemein; COVID: gesundheitlich Langfristfolgen werden nicht als kollektive Risiken behandelt, für deren Bearbeitung sich die Gesellschaft kollektiv verantwortlich fühlt; Ambivalenzen müssen auf subjektiver Ebene gelöst werden
- Interviewte fühlen sich mit der Bewältigung allein gelassen („für die sind wir Kollateralschaden“)
- soziale Unterstützung „erschreckend ausgedünnt“, Freund*innen wenden sich ab; Sozialbeziehungen werden gesundheitsbedingt stark reduziert, teilweise zugunsten der Arbeitsfähigkeit aufgegeben
- Interessenvertretungen könnten hier entgegenwirken
- denn: Pacing bzw. die Balance von Arbeit-Gesundheit unterliegt organisationalen und arbeitspolitischen Bedingungen

**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!**