



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Peter Henningsen

# **Die neue Psychosomatik der Körperbeschwerden**

Schmerzen, Schwindel,  
Erschöpfung & Co. besser verstehen  
und behandeln

Klett-Cotta

Klett-Cotta  
[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)  
J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH  
Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart  
Fragen zur Produktsicherheit: [produktsicherheit@klett-cotta.de](mailto:produktsicherheit@klett-cotta.de)

© 2025 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und Data Mining  
i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten  
Cover: Jutta Herden, Stuttgart  
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten  
Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck  
ISBN 978-3-608-98861-1  
E-Book ISBN 978-3-608-12425-5  
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20705-7

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

<b>Vorwort .....</b>	7
<b>1 Eine kurze Einführung .....</b>	9
<b>2 Körperbeschwerden .....</b>	14
2.1 Zunächst: alltägliche und andere Körperbeschwerden .....	14
2.2 Drei Fallbeispiele aus der Praxis .....	20
2.3 Eingebildet oder legitim? Long Covid als Beispiel .....	23
2.4 Ein Zwischenfazit dieser drei Einstiege .....	27
<b>3 Die klinischen Fakten zu funktionellen Körperbeschwerden .....</b>	29
3.1 Erscheinungsformen funktioneller Körperbeschwerden .....	29
3.2 Zur Häufigkeit funktioneller Körperbeschwerden .....	32
3.3 Zum Schweregrad und zu den Auswirkungen funktioneller Körperbeschwerden .....	34
3.4 Zu den widersprüchlichen Diagnosebezeichnungen funktioneller Körperbeschwerden .....	37
3.5 Welche Faktoren tragen zum Entstehen funktioneller Körperbeschwerden bei? .....	43
3.6 Was ist los im Körper eines Menschen mit funktionellen Körperbeschwerden? Traditionelle Erklärungsansätze .....	46
3.7 Wie wirksam sind aktuelle Therapieansätze? .....	49
3.8 Die Probleme im Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden: eine Zusammenfassung .....	51
3.9 Die drei Fallbeispiele: und was sich sonst noch ergab ... ....	55
<b>4 Einige Wurzeln, erste Schritte .....</b>	59
4.1 Körper und Psyche in der Medizin: eine ungleiche Aufspaltung erst seit der Neuzeit .....	59
4.2 Kann denn Kranksein Krankheit sein? .....	66
4.3 Das biopsychosoziale Medizinmodell – ein Ausweg? .....	71

4.4	Auf dem Weg zu einem integrierten biopsychosozialen Medizinmodell 1: das vorhersagende Gehirn .....	77
4.5	Das Modell des vorhersagenden Gehirns erlaubt ein integrierteres Verständnis von Körperbeschwerden .....	82
4.6	Auf dem Weg zu einem integrierten biopsychosozialen Medizinmodell 2: Das verkörperte Selbst .....	89
4.7	Funktionelle Körperbeschwerden als Störungen des verkörperten Selbst .....	98
4.8	Wo stehen wir jetzt? .....	102
<b>5</b>	<b>Ein veränderter Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden .....</b>	<b>105</b>
5.1	Mitarbeitende im Gesundheitswesen .....	105
5.1.1	Ein veränderter diagnostischer Umgang .....	107
5.1.2	Ein veränderter therapeutischer Umgang .....	121
5.2	Ein verändertes Selbstverständnis und ein verändertes Handeln für Betroffene .....	128
<b>6</b>	<b>Konsequenzen für die Medizin insgesamt .....</b>	<b>134</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>141</b>	
<b>Über den Autor .....</b>	<b>147</b>	

# Vorwort

Das Leiden an anhaltend belastenden Körperbeschwerden ist auch dann oft sehr ausgeprägt, wenn keine unmittelbar erklärende organische Erkrankung nachweisbar ist. Es ist häufig, wird aber vielfach übersehen. Die Probleme in der Diagnostik und Therapie der entsprechenden, oft als »schwierig« bezeichneten Patientinnen und Patienten sind schon lange bekannt.

Warum jetzt ein Büchlein, das sich diesem Thema und diesen Problemen widmet? Zwei Punkte sprechen dafür: Zum einen hat das Thema aktuell besondere Aufmerksamkeit erfahren: Schwere Erschöpfbarkeit, Luftnot und andere Beschwerden, die als „Long Covid Syndrom“ beschrieben werden, gelten als großes unverstandenes Problem in der Folge der Pandemie. Zum anderen haben sich die Modelle, mit denen das Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und auch sozialen Faktoren beim Zustandekommen solcher Beschwerden beschrieben werden, in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt.

Zusammengenommen meine ich, dass es an der Zeit ist, das moderne Wissen über funktionelle Körperbeschwerden und den angemessenen Umgang damit auch über den Kreis derer hinaus zu verbreiten, die sich Tag für Tag um diese große Patientengruppe bemühen.

Mein Dank für große und hilfreiche Unterstützung beim Zustandekommen des Buchs und bei der Beschäftigung mit den dort angesprochenen Themen insgesamt geht zum einen an Christine Treml-Begeleitmann von Klett-Cotta, zum anderen an meine Kollegin und Freundin Constanze Hausteiner-Wiehle und an meine Frau Celia Pirker.

*München, im Herbst 2024*

*Peter Henningsen*

## KAPITEL 1

# Eine kurze Einführung

Unsere Medizin ist in ihrem Selbstverständnis dafür da, Krankheiten des Menschen zu entdecken und zu behandeln. Etwas ausführlicher formuliert heißt das: Sie ist dafür da, akute oder auch chronische Krankheiten zu heilen oder zu lindern, die durch krankhafte Störungen der normalen Abläufe des Körpers entstehen: durch Entzündungen, krebsartige Wucherungen, Durchblutungsstörungen, vorzeitige Abbauerscheinungen oder auch durch Infektionen und Verletzungen. Diesen krankhaften Störungen liegen wiederum genetische, immunologische und Stoffwechselprozesse zugrunde, die es zu diagnostizieren und zu therapieren gilt. Zuständig fühlt sich die Medizin auch für den Bereich psychischer Krankheiten, bei denen krankhafte Störungen des Erlebens und Verhaltens zwar auch feststellbar sind, wenn auch die zumeist im Gehirn vermuteten Auslöser der Störung in den allermeisten Fällen (noch) unklar bleiben. Auf diesem Selbstverständnis der Medizin von »Krankheit classic« fußt das alltägliche Handeln von Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Kliniken, aber auch die medizinische Forschung und die Ausbildung im Medizinstudium.

So klar und auf ersten Blick plausibel dieses medizinische Selbstverständnis auch ist, so problematisch ist es zugleich für einen großen Teil aller Patientinnen und Patienten. Diese, wir sprechen von mindestens 25 % aller Menschen, die mit Beschwerden einen Hausarzt und dann später oft auch Fachärztinnen und Kliniken aufsuchen, erwarten sich damit von einer Medizin Hilfe, die diese auf der Basis des gerade umrissten Selbstverständnisses gar nicht angemessen bieten kann. Denn was soll sie tun mit Menschen, die über stark und anhaltend belastende Körperbeschwerden berichten, über Schmerzen aller Art, Schwindel, Erschöpfung und viele andere Beschwerden, für die sich auch bei sorgfältiger Untersuchung keine eindeutigen krankhaften Körperstörungen

gen, keine als ausreichende Ursache anzusehenden Veränderungen der genetischen, immunologischen oder Stoffwechselprozesse finden lassen und damit auch keine Ansatzpunkte für eine bei solchen Ursachen ansetzende Therapie? Diesen Menschen kann eine Medizin dieses Selbstverständnisses nicht wirklich gerecht werden, denn sie muss, sie kann gar nicht anders, als bei anhaltenden Körperbeschwerden eine zugrunde liegende krankhafte Störung von Körperprozessen anzunehmen. Wenn sie diese nicht finden kann, hat sie nicht nur kein therapeutisches Angebot, sie kommt auch fast nicht umhin anzunehmen, dass die geklagten Beschwerden so schlimm nicht sein können, denn sonst wäre ja eine wie immer geartete Störung im Körper zu finden.

Dieses Buch beschäftigt sich genau mit den Gesundheitsproblemen und Krankheiten dieser sehr großen Gruppe von Patienten und Patientinnen. Es geht, noch einmal gesagt, um das Leiden an belastenden, langanhaltenden und den Alltag und die Lebensqualität oft stark einschränkenden Körperbeschwerden ganz unterschiedlicher Art: Schmerzen von Kopf bis Fuß, Schwindel, Herz-Kreislauf- und Verdauungsbeschwerden, Gefüls- und Bewegungsstörungen und alles um Erschöpfung und Müdigkeit herum. Gelegentlich findet sich ein körperlicher Krankheitsfaktor wie eine Entzündung oder ein Tumor, der mitverantwortlich ist zumindest für den Beginn der Beschwerden, sehr oft aber auch nicht. Das Leiden der Patient:innen geht dann auch über das Körperleiden hinaus: Es geht um das Leiden an der unklaren Ursache der Beschwerden, am Gefühl fehlender Anerkennung des Leidens, an der Sorge, ein eingebildeter Kranker zu sein, an der Enttäuschung über die Ärzt:innen, die nicht weiterwissen und nicht weiterhelfen. Und es geht, nicht zuletzt, um das Leiden am veränderten Selbstbild: als krank, schwach, ohnmächtig und nicht in der Lage, selbst etwas ändern zu können an diesem Leid.

Das Problem ist in der Bevölkerung und in unserer Gesundheitsversorgung wie gesagt sehr häufig, das Leiden ist ebenso hoch wie die dadurch verursachten individuellen und gesellschaftlichen Kosten, durch die Behandlungen, die Arbeitsunfähigkeit, die Frühberentung. Seine große Häufigkeit ist aber den meisten nicht bekannt – das dürfte auch daran liegen, dass man das, was nicht ins Schema passt, nicht so gut wahrnimmt wie etwas, das zu den Vorerwartungen und zum

Schema passt, hier zum Schema von »Krankheit classic«. Das ist ein Schema, das mittlerweile nicht nur die Medizin prägt, sondern das auch tief in der Gesellschaft verankert ist. Das geradezu Tragische ist, dass auch die meisten Betroffenen nicht realisieren, dass sie Betroffene sind; sie halten sich für »ganz normal körperlich krank« und wollen das aus nachvollziehbaren Gründen auch viel lieber sein – auch dann noch, wenn Ärzt:innen mittlerweile anderer Meinung sind und die Ansicht äußern, dass sich keine Entzündung, kein Tumor, keine Gefäß- oder andere organische Erkrankung finden lässt, die die geklagten Beschwerden ausreichend erklären könnte. Ärzt:innen, die die Suche nach eindeutigen organischen Ursachen vorerst beendet oder ganz aufgegeben haben, können aber auch nicht auf einheitliche andere Diagnosen und Bezeichnungen für das beschriebene Leiden an Körperbeschwerden zurückgreifen – die Einschätzungen und Bezeichnungen variieren erheblich. Traditionell beliebt war und ist entsprechend dem obigen Selbstverständnis z.B. das Motto »Wenn es nichts Organisches ist, ist es etwas Psychisches«. Aber je nachdem, welche Beschwerde im Vordergrund steht, finden sich auch vielfältige andere Bezeichnungen wie Reizdarm-, Fibromyalgie- oder chronisches Erschöpfungssyndrom – oder Verlegenheitsbegriffe wie »vegetative Dystonie« oder »Wirbelsäulen syndrom«. Entsprechend zersplittet und unübersichtlich ist das Feld – und so wundert es nicht, dass die vorhandenen, eigentlich durchaus wirksamen Therapien die Betroffenen in der Mehrzahl gar nicht erst erreichen. Es gibt auch keine Lobby für diese große Gruppe Leidender – Betroffene selbst setzen sich, wenn überhaupt, in der Regel nicht für die eigene Gruppe derer ein, für die das Schema von "Krankheit classic" einfach nicht passt. Stattdessen geht es ihnen wie erwähnt paradoixerweise meist darum, möglichst gerade nicht zu dieser Gruppe zu gehören, sondern als »richtig körperlich Kranke« zu gelten. Damit wird auch von den Betroffenen selbst nicht um die Unterstützung nachgesucht, welche die eigene schwierige Lage verbessern könnte.

Dabei gäbe es viele Verbesserungen, die Betroffene und ihre Unterstützer:innen einfordern könnten – denn viele Aspekte ihres Leidens verweisen auf grundlegende, von den Betroffenen selbst in keiner Weise zu verantwortende Probleme und Defizite in Theorie und Praxis unserer gegenwärtigen Medizin und der Kultur, in die sie eingebettet

ist. Diese haben auch viel mit dem skizzierten Selbstverständnis der Medizin zu tun. Das wurde schon vor über hundert Jahren erkannt; so wird vom Heidelberger Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin Ludolf von Krehl (1861–1937) ein Zitat aus dem Jahr 1910 überliefert: »Wir behandeln nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen«, mit anderen Worten: Krankheiten sind Abstraktionen, die aus einer großen Zahl von Fällen und Verläufen gewonnen werden, und diese passen immer nur mehr oder weniger auf den einzelnen Kranken, auf dessen Bedürfnisse es uns in der Medizin aber primär ankommen muss. So gesehen ist es das Problem der Medizin, wenn ihr Selbstverständnis und ihr Krankheitsverständnis nicht zu den Menschen mit anhaltend belastenden Körperbeschwerden passt, es wird aber in der Regel zum Problem der Patient:innen gemacht. Ein zweiter Aspekt des Selbstverständnisses der Medizin, der für diese Gruppe von Betroffenen zum Problem wird, liegt in der Spaltung, die zwei große medizinisch-therapeutische Bereiche stärker voneinander zu trennen scheint als ehemals die Berliner Mauer zwei Teile eines Landes: Entweder hat man eine körperliche oder eine psychische Krankheit, tertium non datur. Diese Aufspaltung hängt natürlich damit zusammen, dass es im Hintergrund die gemeinhin als Folge eines Dualismus angesehene Aufspaltung in Körper und Psyche gibt. Die besondere Schwierigkeit liegt nun auch hier darin, dass die Medizin als System kein Wahrnehmungsorgan für die Unzulänglichkeit dieser Spaltung und damit in systematischer Hinsicht kein Problembewusstsein hat. So abstrakt das klingen mag, so konkret sind die Auswirkungen – exemplarisch für die Menschen und die Last des Leidens, um die es in diesem Buch gehen soll.

Nach einem etwas ausführlicheren dreigeteilten Einstieg ins Thema will ich in diesem Buch zunächst das Gesundheitsproblem der vielen Menschen, die unter anhaltend belastenden Körperbeschwerden leiden, in eher klassisch medizinischer Weise näher schildern und umreißen: welche Beschwerden, wie häufig, wie schwer, was sind Risikofaktoren und wie sehen die Therapien aus. Danach soll der Schwerpunkt auf der schon angesprochenen Frage liegen, was das Phänomen des Leidens an Körperbeschwerden und was die Schwierigkeiten im Umgang damit insgesamt für Theorie und Praxis der Medizin bedeuten. Aus einer etwas besseren Kenntnis der angedeuteten Schwierigkeiten und

ihrer Hintergründe will ich ableiten, auf welcher veränderten Basis das Verständnis für das medizinische Problem und damit für die betroffenen Menschen besser werden kann. Am Schluss will ich einige Konsequenzen für den praktischen Umgang mit diesen leidenden Menschen einerseits und für die Medizin im Allgemeinen andererseits ziehen.

Ich hoffe sehr, dass im Durchgang des Buches nachvollziehbar wird, warum wir sogar zu den Anfängen der modernen Medizin zurückgehen müssen, um die heutigen Probleme mit der Last des unbekannten Körperleidens besser zu verstehen und um Lösungsansätze zu erkennen.

## KAPITEL 2

# Körperbeschwerden

### 2.1 Zunächst: alltägliche und andere Körperbeschwerden

In jeder Sekunde unseres wachen Lebens können wir unseren Körper spüren, den Druck an Rücken und Gesäß beim Sitzen, die Anspannung der Muskeln beim schnelleren Gehen, den Herzschlag. Nur achten wir meistens nicht darauf, nehmen den Körper im täglichen Erleben und Handeln gar nicht oder nur in besonderen Situationen bewusst wahr – wie in einer Atemnot beim Rennen oder einem raschen Herzschlag bei Aufregung. In diesen Situationen ist die Körperwahrnehmung, wenn sie denn bewusst wird, einfach Teil des Gesamterlebens des Rennens, der Aufregung.

Aber oft ist es auch anders. Wir spüren zuerst ein diffuses Unwohlsein in der Magengegend, eine leichte Spannung im Kopf, ein schwindeliges Gefühl. Meist braucht es Zeit, bis aus der beiläufigen Wahrnehmung eine bewusste Beschwerde wird, in der mir der Körper oder Teile davon als Ort der Beschwerde gewissermaßen gegenübertritt: Mir ist übel im Magen, ich habe Kopfschmerzen, mir ist schwindlig. Die bewusste Wahrnehmung der Körperbeschwerde ist eingebettet in eine Wahrnehmung des Zusammenhangs, in dem sie aufgetreten ist – daraus kann sich eine Erklärung der Beschwerden ergeben oder auch nicht: Bevor die Übelkeit auftrat, war schon meinem Partner schlecht geworden – ein verdorbenes Nahrungsmittel oder eine Magen-Darm-Grippe? Die Kopfschmerzen entstehen beim angestrengten Diskutieren über ein schwieriges Thema – ein Zeichen von Belastung oder Ärger? Der Schwindel entsteht nach längerem Sitzen als Beifahrer auf kurviger Strecke – eine ganz normale Reaktion?

90% von uns erleben innerhalb einer Woche eine oder mehrere solcher Körperbeschwerden – sehr oft können wir sie aus dem Kontext

heraus erklären, als Folge und Begleiterscheinung körperlicher oder psychischer Belastungen, seltener als Zeichen einer beginnenden körperlichen Erkrankung, manchmal als Folge eines Wetterumschwungs oder anderer Umgebungseinflüsse. Nicht selten bleibt der Zusammenhang aber unklar, die Rückenschmerzen, der Schwindel, die ungewohnte Erschöpfung sind einfach da, warum auch immer. Ob wir nun eine Ursache zu kennen glauben oder nicht – wir haben in aller Regel unsere Routinen, wie wir mit den Schmerzen, der Übelkeit, der Erschöpfung umgehen. Diese Routinen sind sehr individuell. Die eine spricht erst mal mit ihrem Partner darüber, ein anderer greift schnell zur Schmerztablette, die eine bevorzugt bestimmte Tees, der andere einen Schnaps, manche einen verlängerten Mittagsschlaf. In den meisten Fällen beeinträchtigen die Beschwerden unser Wohlbefinden aber nur vorübergehend und nach kurzer Zeit klingen sie auch wieder ab, ob mit oder ohne die Selbsthilfemaßnahmen.

**Aus dieser uns allen vertrauten Schilderung folgt ein wichtiger Punkt: Solche vorübergehenden, nicht stark beeinträchtigenden Körperbeschwerden sind keine Krankheit, sie sind Teil von Gesundheit. Gesundheit ist nämlich nicht, wie von der Weltgesundheitsorganisation, der WHO, vor Jahren postuliert, »ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens«, also auch der Abwesenheit aller Körperbeschwerden. Und sie ist auch nicht, in einer anderen, wahlweise dem Philosophen Paul Valéry oder einem französischen Chirurgen zugeschriebenen Formulierung, das »Schweigen der Organe«. Gesundheit ist stattdessen die Fähigkeit, mit alltäglich auftretenden Beschwerden selbstregulierend so umgehen zu können, dass sie nicht anhaltend beeinträchtigen.**

Was aber, wenn die Beschwerden auf Selbsthilfemaßnahmen hin nicht besser werden, sich sogar verstärken, Arbeit und Alltag daher zunehmend schwer zu bewältigen sind? Spätestens dann wird in unserem gut ausgebauten Gesundheitssystem meist Hilfe gesucht, beim Hausarzt oder häufig auch gleich bei der Fachärztin, die man aufgrund der Art der Beschwerden für zuständig hält (beim Schwindel zum HNO-Arzt oder zur Neurologin, bei Rückenschmerzen zum Orthopäden, bei

Verdauungsproblemen zum Gastroenterologen etc.). Sobald ich über meine Beschwerden beim Arzt berichte, sobald er mich körperlich untersucht und ggf. noch weitere Labor-, Röntgen- und andere technische Untersuchungen veranlasst, ist das weitere Schicksal meiner Beschwerden nicht mehr ausschließlich in meiner Hand. Der Hausarzt, die Fachärztin prägen mit ihrem Verständnis der Beschwerden und ihrem Handeln den weiteren Weg mit, und wer glaubt, dass der Stand der medizinischen Kunst hier immer eindeutige Regeln vorgibt, der irrt.

Natürlich gibt es Beschwerdekonstellationen, da ist die Lage klar und fast jede Ärztin würde das Gleiche tun – eine Gastroskopie bei regelhaft auftretenden Magenschmerzen veranlassen oder ein EKG bei spürbaren Veränderungen im Herzrhythmus. Und dann findet sich häufig eine an den Körperorganen nachweisbare Veränderung, etwa ein Magengeschwür oder ein Vorhofflimmern am Herzen, wofür es dann etablierte und allgemein verbreitete Therapien gibt, seien es Medikamente oder, wie beim Vorhofflimmern, eventuell eine Intervention mithilfe eines Katheters. Das ist wie gesagt das weite Feld von »Krankheit classic«: Ein Patient kommt mit körperlichen Beschwerden, eine Untersuchung erbringt als Ursache eine organische Pathologie, eine Therapie zur Beseitigung oder Linderung der Beschwerden wird angewandt, dem Patienten geht es deutlich besser oder er ist sogar geheilt.

Doch dieser klassische Ablauf, den alle Beteiligten primär erwarten, wenn Körperbeschwerden im Vordergrund stehen, ist keineswegs immer gegeben. In Studien hat sich gezeigt, dass bei mindestens einem Viertel, eher einem Drittel aller Patient:innen, die sich mit ihren anhaltend belastenden Körperbeschwerden an einen Hausarzt gewandt haben, die diagnostischen Untersuchungen keine eindeutige organische Erklärung der Beschwerden erbringen, kein Magengeschwür trotz heftiger Magenschmerzen, keine Herzrhythmusstörung trotz subjektiv stark wahrgenommenem Herzstolpern. Auch in Facharztpraxen ist die entsprechende Quote hoch, in der ambulanten Gastroenterologie lässt sich z.B. in bis zu 50% der Fälle keine entzündliche, tumoröse oder andere Veränderung am Darm feststellen, die die geklagten Verdauungsbeschwerden, also Durchfall, Verstopfung und Bauchschmer-

zen, erklären würde. Bei einem Teil dieser Betroffenen kann zu Beginn der Beschwerden durchaus ein organischer Befund vorgelegen haben, nur ist dieser in der Zwischenzeit abgeklungen, ohne messbare organische Spuren zu hinterlassen – und die Beschwerden bestehen trotzdem weiterhin. Das kann z.B. eine Darmentzündung sein, die Durchfall und Bauchschmerzen anfangs wesentlich erklärte, die aber inzwischen nicht mehr nachweisbar ist, oder eine Entzündung des für das Gleichgewichtsorgan im Innenohr besonders wichtigen Nervus vestibularis, die anfangs den Schwindel verursachte, der dann aber nach Abklingen auch dieser Entzündung weiterbesteht, oder es können Beschwerden wie Luftnot und Erschöpfung sein, die nicht nur während, sondern auch nach einer Virusinfektion fortbestehen, obwohl diese nachweislich vorbei ist.

Nicht selten werden – nicht nur dann, wenn anfangs tatsächlich krankhaft veränderte organische Befunde vorlagen – immer wieder neue Labor-, Röntgen- und andere Untersuchungen veranlasst, um doch noch eine organische Ursache zu finden, es werden auch viele verschiedene medikamentöse Behandlungen, auch Operationen, empfohlen und durchgeführt – immer in der Annahme, dass es eine bislang vielleicht übersehene körperliche Ursache gäbe, die man beseitigen oder zumindest verändern müsse, um die Körperbeschwerden zu lindern oder sogar zu heilen. Es sind zum einen die Patient:innen, die auf solche wiederholten körperlichen Untersuchungen und Behandlungen drängen, typischerweise in einer Mischung aus Befürchtung und Hoffnung: Befürchtung, dass doch noch »etwas Schlimmes« gefunden wird, das die ungewohnten und heftigen Beschwerden erklärt – und Hoffnung, dass sich aus dem Befund eine hilfreiche Therapie ergibt. Aber zum anderen veranlassen auch die Ärzt:innen häufig wiederholte diagnostische Untersuchungen, obwohl »eigentlich« klar ist, dass z.B. die Wiederholung eines Kernspintomogramms des Kopfes nach drei Monaten bei seit zwei Jahren unverändert bestehenden Spannungs-kopfschmerzen extrem unwahrscheinlich einen neuen Befund erbringt. Das geschieht, um die eigene Angst, etwas Organisches übersehen zu haben, zu beruhigen und um den Patient:innen, die wiederholt mit den gleichen Beschwerden in die Praxis kommen, wenigstens irgend-eine Maßnahme anbieten (und sie zufrieden aus der Praxis wegschi-

cken) zu können. Aus dem ähnlichen Wunsch heraus, Erklärungen anbieten zu können, werden dann nicht selten auch Bagatell- und Zufallsbefunde, die sich bei Labor- und Bildgebungsuntersuchungen ergeben, zur Ursache erklärt; so soll dann z.B. eine nachgewiesene Bandscheibenvorwölbung zwischen zwei Wirbelkörpern der unteren Wirbelsäule den anhaltenden Ganzrückenbeschmerz erklären, der die Patientin seit Monaten plagt – auch wenn das anatomisch gar nicht sein kann. Trotzdem werden auf solche Annahmen dann auch Therapiemaßnahmen, hier z.B. eine Bandscheibenoperation, gestützt – »eigentlich« ist von vornherein klar, dass eine solche OP den Ganzrückenbeschmerz nicht heilen oder auch nur lindern können.

Viele Ärzt:innen bleiben also zusammen mit ihren Patient:innen in dieser Weise »lange auf der somatischen Schiene«, gehen weiter davon aus, dass es eine körperliche Ursache der Beschwerden und hoffentlich eine Therapie dafür geben wird, auch wenn alle bisherigen Untersuchungen keinen klaren Hinweis dafür erbracht haben. Andere Ärzt:innen sind schneller bereit, diese ursprüngliche Annahme aufzugeben und eine alternative Sicht auf die anhaltend belastenden Körperbeschwerden ihrer Patient:innen zu entwickeln: Sie halten es früher im Behandlungsprozess für möglich, dass es sich um sogenannte funktionelle, nicht primär durch eine organische Pathologie verursachte Körperbeschwerden handelt.<sup>1</sup> Sie bringen, gerade wenn sie als gute Hausärzte etwas mehr wissen über die Patientin und deren Lebensumstände, dann in ihrer Praxis frühzeitiger die Möglichkeit ins Gespräch, dass »die Rückenschmerzen etwas mit den Anspannungen und dem Ärger zu tun haben, die Sie gerade auf der Arbeit erleben« oder »der Schwindel vielleicht auch eine Folge der Überlastung ist, die Sie mit der Pflege Ihrer kranken Mutter und dem Versorgen der kleinen Kinder derzeit erleben« etc. Es hängt dann wiederum von der Einstellung der Patientin ab, ob eine solche von der Ärztin geäußerte Vermutung auf offene

---

<sup>1</sup> Es ist wichtig, hier gleich klarzustellen, dass »funktionell« nicht bedeutet, dass die Beschwerden »nicht-organisch« seien. Auch funktionelle Körperbeschwerden haben eine organische Grundlage, aber die besteht definitionsgemäß nicht in einer nachweisbaren strukturellen Pathologie, also krankhaften Veränderungen von Organen oder Organsystemen des Körpers, sondern in einem veränderten Zusammenspiel des Nerven- und anderer Systeme des Körpers, das zu den belastenden Körperwahrnehmungen führt – dazu später im Text mehr.

Ohren trifft und weitergehende Überlegungen anstößt, wie mit Anspannungen und Überlastungen besser umgegangen werden kann – oder ob das Hoffen, die Suche nach möglichen organischen Ursachen trotz der geäußerten ärztlichen Vermutung unvermindert weitergeht, dann allerdings oft in anderen Praxen oder Kliniken.

Wie sehr sich Ärzt:innen darin unterscheiden, ob sie bereit sind, bei Menschen, die mit anhaltend belastenden Körperbeschwerden zu ihnen kommen, eine nicht primär organische, sondern eher eine funktionelle Genese anzunehmen, zeigt beispielhaft eine Untersuchung mit dänischen Hausärzt:innen: Der Anteil an Patient:innen mit Körperbeschwerden, bei denen ärztlicherseits eine solche funktionelle Genese angenommen wurde, schwankte in der Gruppe dieser Hausärzt:innen zwischen gut 3 und gut 33%, also ein Unterschied um den Faktor 10! Der mit einem Forschungsinterview erhobene, insofern noch verlässlicher gemessene Anteil lag in allen Praxen noch höher; so lag er in der Praxis, in der die Ärzt:innen selbst über 30 % annahmen, sogar bei 40 % (Rosendal et al. 2003).

Eine weitere Zahl ist bemerkenswert: Bei Patient:innen mit funktionellen, nicht auf eine eindeutige organpathologische Ursache zurückführbaren Körperbeschwerden dauert es nach unterschiedlichen Studien zwischen fünf und 20 Jahre, bis die lang gehegte Annahme, es handele sich um ein primär organisches Problem, zugunsten der Annahme eines funktionellen oder, wie landläufig gesagt wird, »psychosomatischen« Hintergrunds aufgegeben wird (Henningsen et al. 2005, Herzog et al. 2018). Allein schon aus diesen Zahlen kann man folgern, dass die Diagnostik und Behandlung von Patient:innen mit anhaltend belastenden funktionellen Körperbeschwerden mit vielen Unsicherheiten nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Behandler verbunden ist. Und um an dieser Stelle gleich mit einem verbreiteten Vorurteil aufzuräumen: Wer glaubt, bei diesen oft jahrelang bestehenden Körperbeschwerden handele es sich um Befindlichkeitsstörungen ohne wesentlichen Krankheitswert, der irrt! (Im später folgenden Faktenkapitel wird dargelegt, dass die Beeinträchtigung durch funktionelle Körperbeschwerden mindestens so groß ist wie durch klare organische Erkrankungen).