

I Biopsychosoziale Grundlagen

1 Erschöpfungssyndrome: Eine historische Perspektive

Hans-Georg Hofer

1.1 Einleitung: Den Fokus öffnen

Nach der Coronavirus-Pandemie haben sich Erschöpfungssyndrome als eine der zentralen Herausforderungen für Medizin und Gesundheitswesen herausgestellt. Im Zusammenhang mit dem Post-COVID-Syndrom wird auf Begriffe wie Fatigue, Neurasthenie oder Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) Bezug genommen. Diese sind historischer Herkunft und somit nicht neu, sondern erneut aktuell geworden. Hier setzt dieser Beitrag an: Er möchte aus dem Gegenwartshorizont heraustreten und eine historische Perspektive einnehmen: Woher kommen die mit Erschöpfung assoziierten Begriffe und Konzepte? Aus welchen medizinischen, politischen und sozialen Konstellationen sind sie hervorgegangen? Wie erlangten sie ihre jeweils unterschiedlichen Bedeutungsidentitäten und inwiefern haben sich diese im Laufe der Zeit verändert? Und was bedeutet der Rekurs auf historische Konzepte für den Umgang mit Erschöpfungszuständen heute? Von diesen Fragen ausgehend soll im Folgenden eine Spurensuche unternommen und Sortierungsarbeit geleistet werden. Ziel ist es, einen Überblick über Herkunft, Kontextabhängigkeit und Konjunkturen erschöpfungsassoziiierter Begriffe zu vermitteln. Eine historische Perspektive kann dazu beitragen, medizinisches Wissen im Heute auf seine eigene Geschichtlichkeit hin zu befragen und aktuellen Kontroversen mit informierter Nachdenklichkeit zu begegnen.

1.2 Fatigue

Ermüdung und Erschöpfung gehören zum Menschsein. Nichts spricht gegen die Annahme, dass sie über historische Zeiten hinweg zum anthropologischen Grundinventar zu zählen sind. Als spezifisches Problem des modernen Menschen, als Gegenstand medizinischer Forschung, als Herausforderung ärztlicher Diagnostik und Therapie, ist die Erschöpfung jedoch erst seit dem späten 19. Jahrhundert erkennbar. Voraussetzung dafür war zum einen die Herausbildung der modernen Industriegesellschaft, die mit Rationalisierung der Arbeit einherging, zum anderen der Aufstieg der naturwissenschaftsorientierten Medizin und Humanwissenschaften, die Ressourcen und Grenzen menschlicher Leistungsfähigkeit

erforschen wollten (Rabinbach, 2001; Böhme, 2015). Leitbegriff dieser um 1880 vor allem in Physiologie, Psychologie und Pädagogik einsetzenden Forschung wurde die Fatigue, in Anlehnung an den lateinischen Begriff *fatigatio* (Ermüdung, Erschöpfung). So befasste sich die Physiologie etwa mit der Frage, ob – und welche – spezifische Einflussfaktoren der Erschöpfung ausgemacht werden konnten. In ähnlicher Manier versuchte die Psychologie, mentale Erschöpfung experimentell zu untersuchen, psychometrisch zu charakterisieren und grafisch darzustellen (Mosso, 1891; Binet & Henri, 1898).

Begriffshistorisch hatte die Fatigue im englischen und romanischen Sprachraum stets eine stärkere Präsenz als im deutschen. Die deutschsprachige monumentale *Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde* (1895) etwa erwähnte sie nicht. Die Sprachbilder der frühen Fatigue-Forschung waren an Begriffe aus der modernen Arbeits- und Industriegesellschaft angepasst: Kraft, Energie, Spannung, Produktion. Die mit diesem Vokabular verbundene Vorstellung, die Funktionsweise und Leistungsfähigkeit des Menschen ließe sich mit einer Maschine vergleichen, stieß jedoch schnell an ihre Grenzen. Um 1900 war der moderne Traum von einem ermüdungsfreien, erschöpfungsresistenten Körper ausgeträumt: Fortschritt war nicht ohne Fatigue zu haben. Auch das Ziel, Erschöpfung in ihrer psychophysiologischen Verfasstheit und klinischen Gestalt exakt ermitteln und definieren zu können, erwies sich als zu hoch gegriffen: Erschöpfung war von individuellem Erleben und Empfinden und somit von Subjektivität nicht zu trennen, in Verlauf und Gestalt von Fall zu Fall verschieden, stets von sozialen und biografischen Bedingungen geprägt. Die *clinical varieties* der Fatigue waren vielgestaltig und kaum über einen Leisten zu ziehen: Von einem mannigfaltigen, kaum fassbaren »Fatigue-Syndrome« war bereits in den 1920er Jahren die Rede (Gillespie, 1926).

Die semantische Spannweite des Fatigue-Begriffs war indes Vorteil und Nachteil zugleich: Unter einer Fatigue konnte sowohl Ermüdung als auch Erschöpfung gefasst werden. Die kategoriale Unschärfe der Fatigue ist seitdem immer wieder kritisiert und als klinisch-epistemologisches Problem herausgestellt worden (z.B. Matti et al., 2022; Skau et al., 2021). Bis heute werden Müdigkeit, Fatigue und Erschöpfung häufig synonym sowie in Abhängigkeit des jeweils betrachteten Krankheitsbildes gebraucht. Sie meinen jedoch nicht das Gleiche, sondern bedürfen der Differenzierung. Sinnvoll erscheint der Ansatz, diesen Begriffen Eigenständigkeit in relationaler Perspektive zuzugestehen (i.S.v. distinkten Kategorien in einem Bedeutungskontinuum). Dass solche Präzisierungen selbst in einer Pfadabhängigkeit stehen und auf Vorbilder zurückgreifen – wie etwa auf das von Hans Selye konzipierte, dreiphasige Modell des Adaptionssyndroms (Alarmreaktion, Resistenzphase, Erschöpfungsphase) – bedarf ebenso der Reflexion (Olson, 2007; Hofer, 2014).

1.3 Neurasthenie

Im engen Zusammenhang mit der Fatigue stand seit Ende des 19. Jahrhunderts ein Begriff, der die Debatten über die Erschöpfung der modernen Gesellschaft beeinflusste, zeitweilig sogar dominierte: Neurasthenie. Der Begriff, um 1880 durch den New Yorker Nervenarzt George Miller Beard (1839–1883) geprägt, wurde auch in Europa bereitwillig aufgenommen. Beard konzipierte die Neurasthenie als eine Art Signalkrankheit des urbanen Menschen, der sich in einem permanenten Pendelzustand zwischen nervöser Reizbarkeit und Erschöpfung befinde. Ausdrücklich sprach Beard von *Nervous Exhaustion* als dem Leitsymptom (und begrifflichem Analogon) der Neurasthenie – und lieferte ein ätiologisches Erklärungsmodell, das weithin rezipiert wurde: Ursache der Neurasthenie war die moderne Zivilisation selbst, mit ihren rasanten technischen Errungenschaften, gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und einem von Hektik und Überforderung geprägten Alltag (Beard, 1880; Roelcke, 2021).

Elektrophysiologische Körpervorstellungen und zeitgenössische Kulturkritik machten die Neurasthenie zu einem Begriff, der in Medizin und Gesellschaft zirkulierte und mühelos das mit der Fatigue mobilisierte Vokabular – Kraft, Energie, Spannung – integrierte. Darüber hinaus wurde die Neurasthenie als Krankheit des Kapitalismus angesehen und spiegelte in zeittypischer Manier eine männerzentrierte Sichtweise. Denn Beards Konzept der nervösen Erschöpfung basierte im Wesentlichen auf seinen Praxiserfahrungen mit Patienten urbaner Mittelschichten – Geschäftsleute, Ingenieure, Journalisten, die sich und ihre Kräfte im hektischen Alltagsleben und Getöse der Großstadt verloren hatten. Wer erschöpft ärztlichen Rat suchte, hatte sein »Nervenkonto« zu schnell verausgabt. Analog dazu erklärte Beard die nervöse Erschöpfung mit einer Batterie, deren Energie zu Ende gegangen war und aufgeladen werden musste:

»Men, like batteries, need a reserve force« (Beard, 1880; Hofer, 2021, S. 52).

Die solcherart platzierte Vorstellung von der Neurasthenie als ein Erschöpfungszustand, der durch Energiemangel verursacht und durch Energiezufuhr – etwa durch Elektrotherapie – beseitigt werden könne, wirkte auf Ärzte und Patienten gleichermaßen überzeugend und prägte bis weit ins 20. Jahrhundert den therapeutischen Alltag in Kliniken und Sanatorien. Kontinuitäten in die Gegenwart sind offenkundig: Auch heute werden zur Versinnbildlichung der Erschöpfung nicht selten technische Sprachbilder herangezogen (»mein Akku ist leer«). Ähnliches gilt auch für Beards Behauptung, in Ermattung und Erschöpfung unvermeidliche Begleiterscheinungen modernen Lebens zu sehen. Die Kommunikationsrevolutionen im digitalen Zeitalter, die Beschleunigung, Vernetzung und Flexibilisierung der Arbeitswelt mitsamt ihren Belastungen für Gesellschaft und Individuum: Die Sorge darüber steht erkennbar im Sog der Neurasthenie (Fuchs et al., 2024; Osthus & Gerstner, 2021; Neckel et al., 2017).

1.4 Burn-out

In den 1970er Jahren wurde New York erneut zum Ausgangsort eines Begriffs, der in einem Nahverhältnis zur Neurasthenie stand: Burn-out. Während es offenkundige Parallelen gibt – etwa hinsichtlich der notorischen Unschärfe beider Begriffe (Berger, 2013) – ist es wichtig, die Unterschiede zu sehen. 1974 gebrauchte der deutsch-jüdische Emigrant Herbert Freudenberger (1927–1999) vor dem Hintergrund autobiografischer Erfahrungen und Beobachtungen in seinem beruflichen Umfeld den Begriff Burn-out (Freudenberger, 1974). Geboren in Frankfurt, floh Freudenberger in der NS-Zeit über die Schweiz nach New York. Dort absolvierte er eine Ausbildung zum klinischen Psychologen und Psychoanalytiker und arbeitete später mit drogenabhängigen Vietnam-Veteranen und obdachlos gewordenen Jugendlichen; deren Nöte und Ängste erinnerten ihn an die Alpträume seiner Jugend in Deutschland. Von Burn-out betroffen sah Freudenberger vor allem (ehrenamtliche) Mitarbeiter:innen von *Free Clinics* und *Therapeutic Communities*, Wohngemeinschaften, Frauenhäusern und Kriseninterventionszentren. 1980 definierte Freudenberger den Begriff näher:

»Ausbrennen bedeutet: sich entleeren. Die eigenen körperlichen und seelischen Reserven erschöpfen. Sich selbst bei dem Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbstgesetzt oder vom Wertsystem der Gesellschaft aufgezwungen sind« (Freudenberger & Richelson, 1980, S. 13).

Ähnlich wie bei der Fatigue und der Neurasthenie vereinten sich im Burn-out-Begriff neue medizinische Erklärungsansätze mit Erfahrungen sozialen Wandels und zeitdiagnostischen Gesellschaftsdeutungen: Mit der Etablierung des psychosozialen Stresskonzepts (Burn-out als Zusammentreffen von Stressfaktoren) und des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells (z.B. Engel, 1977) ließ sich die Erschöpfung in multifaktorielle Erklärungszusammenhänge setzen. Zugleich wurden die 1970er Jahre als eine Dekade sozialer, ökonomischer und ökologischer Krisen wahrgenommen. Alarmistische Gesellschaftsdiagnosen hielten Einzug (»Ende der Leistungsgesellschaft«) und machten den Begriff der Erschöpfung zu einem fixen Topos (»Erschöpfung natürlicher Ressourcen«). Dies wiederum führte zu einer verstärkten Nachfrage an psychologisch-therapeutischen Praktiken und zeigte sich nicht zuletzt in einem Boom an Ratgeberliteratur, die sich mit dem Scheitern von Selbstverwirklichungsansprüchen und der Problematik von Selbstausbeutung befasste (Hofer, 2014; Tändler, 2016).

1.5 Postvirale Erschöpfungssyndrome: ME und CFS

Damit sind wir der Entwicklung jedoch bereits vorausgeeilt, denn in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden Erschöpfungszustände verstärkt mit Virusin-

fektionen in Verbindung gebracht (Shorter, 1992). Um 1950 häuften sich Berichte über plötzlich auftretende Erkrankungen mit einem breiten Spektrum an Beschwerden und unklarer Ursache. Diese »Ausbrüche« genannten Ereignisse hatten endemischen Charakter, traten global auf, blieben aber auf lokale Milieus beschränkt. Da die Symptome teilweise der – zu diesem Zeitpunkt weit verbreiteten – Poliomyelitis ähnelten, wurden Analogien zu dieser Krankheit gezogen. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts war der experimentelle Nachweis gelungen, dass die Poliomyelitis eine durch Infektion übertragbare Krankheit ist. Seit den 1940er Jahren konnten mit der Entwicklung des Elektronenmikroskops Viren sichtbar und allmählich als eigene Erreger menschlicher Krankheiten charakterisiert werden. Mit der sich international rasch etablierenden Virologie und – häufig in Zusammenarbeit mit Biochemie und Genetik erzielten – neuen Erkenntnissen in der Infektionslehre ging die Hoffnung einher, komplexe Krankheitsbilder mit diffusen Symptomen und bislang ungeklärter Ursache aufklären zu können. Dieser Kontext will für den Aufstieg infektionsbasierter Erschöpfungskonzepte im Auge behalten sein.

Deren Anfänge sind mit einem Ort verbunden, der im maximalen Kontrast zur Großstadt liegt. Akureyri, an der Nordküste von Island gelegen, wurde Schauplatz einer so genannten *Disease epidemic in Island simulating Poliomyelitis*. Die im *American Journal of Hygiene* publizierte Studie zur »Iceland-Disease« fand weithin Aufmerksamkeit – und wurde eine Art Blaupause für weitere Studien zu »Ausbrüchen« zwischen Skandinavien und Südafrika, Alaska und Australien (Sigurdsson et al., 1950). Ein die weitere Entwicklung prägender Ausbruch ereignete sich 1955 im Royal Free Hospital, London. Melvin Ramsay (1901–1990), der als Arzt in der Infektionsabteilung arbeitete und selbst erkrankt war, vermutete neben einer virologischen Komponente eine neurologische, mit Entzündungsprozessen im zentralen Nervensystem, und sprach deshalb von einer »Encephalomyelitis simulating Poliomyelitis« (auch »Royal Free Disease«, Ramsay, 1956). Da die Erkrankungen einen gutartigen, nicht letalen Verlauf nahmen und subjektive Befunde hinzutraten – darunter Muskelschmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung –, wurden weitere Begriffsvarianten ins Treffen geführt. Diese Diskussion führten die Herausgeber des *British Medical Journal* (1957) in einem Leitartikel zusammen und prägten den Begriff Myalgic Encephalomyelitis, akronymisch ME.

Als Proponent einer somatischen Sichtweise plädierte Ramsay dafür, ME an den Fatigue-Begriff zu koppeln und als nosografische Einheit aufzufassen. Er antizipierte zudem das Phänomen der *Post-exertional malaise*: »The most characteristic presentation is profound fatigue and muscular weakness coming on during the day and increasing in severity with exercise« (Ramsay et al., 1977, S. 350). Einen prägenden Einfluss auf die Debatte nahm Ramsay auch damit, dass er gleichzeitig als Arzt und Aktivist auftrat: 1978 war er Mitgründer der britischen ME-Association, der ersten Health-Charity-Organisation dieser Art. Analoge Gesundheits- und Patientenorganisationen hierzulande sind deutlich jünger: Die Fatigatio e.V. – Bundesverband ME/CFS wurde 1993 ins Leben gerufen, die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS gründete sich 2016.

Im deutschsprachigen Raum blieb das Interesse an ME lange Zeit gering. Eine Ausnahme bildeten die Arbeiten des Internisten Otto Gsell (1902–1990), Leiter der

Universitätspoliklinik Basel. Gsell setzte sich mit den britischen Veröffentlichungen eingehend auseinander und versuchte mit eigenen Kasuistiken das Krankheitsbild präziser zu fassen (Gsell, 1958; Gsell, 1963). Doch auch er konnte trotz intensiver labormedizinischer Untersuchungen keinen viralen Erreger nachweisen – und leitete Existenz und Legitimität des Krankheitsbildes aus epidemiologischen und klinischen Befunden ab. Typisch für die ME, so Gsell, seien drei aufeinanderfolgende klinische Stadien: Diese umfassten initial Symptome eines viralen Infekts (Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel), danach Symptome unter Beteiligung des Zentralnervensystems (Nervenschmerzen und vor allem Muskelschwächen bei meist erhaltenen Sehnenreflexen) und schließlich neurovegetative Störungen (Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen). Gsells Arbeiten wurden kaum rezipiert. Neben den nosologischen Unschärfen und Unsicherheiten im Umgang mit dem Krankheitsbild liegt ein möglicher Grund darin, dass der deutschsprachige Diskurs über Erschöpfungszustände in anderen nationalen Begriffs- und Diagnosetraditionen stand, wie beispielsweise der in den 1950er und 1960er Jahren populären, heute im Archiv der Medizingeschichte abgelegten »vegetativen Dystonie«. Dieser These müsste in weiterer Forschung nachgegangen werden.

Mit Blick auf ME waren also erhebliche Unklarheiten geblieben, die auch Follow-up-Untersuchungen an Patient:innen der Ausbrüche in Akureyri und London nicht beseitigen konnten. Zudem kamen Zweifel auf, ob gegenüber den bisherigen, infektiologischen Ansätzen nicht auch psychosomatische und psychosoziale stärker zu berücksichtigen waren. Zwei britische Psychiater, die ME-Ausbrüche einem systematischen Review unterzogen hatten, kamen zu dem Schluss:

»We believe that a lot of these epidemics were psychosocial phenomena caused by one of two mechanisms, either mass hysteria on the part of the patients or altered medical perception of the community« (McEvedy & Beard, 1970, S. 11).

Dabei argumentierten die Autoren, dass die »Ausbrüche« in bestimmten Berufsgruppen und sozialen Milieus aufgetreten waren, wie etwa in Krankenhäusern und Kasernen. Und hatten nicht die Ursprünge des ME-Konzepts in der »Simulation« eines anderen Krankheitsbildes (Poliomyelitis) gelegen, spielten nicht auch suggestive Faktoren und narrative Arrangements eine Rolle? Ramsay selbst nannte die Geschichte von ME eine »Saga«, die ihren Ausgang im Royal Free Hospital genommen habe (Ramsay, 1986).

1.6 Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS)

Als 1964 das nach den beiden Entdeckern benannte Epstein-Barr-Virus (EBV) isoliert und vier Jahre später als Erreger der Infektiösen Mononukleose (seit Ende des 19. Jahrhunderts auch als »Pfeiffersches Drüsenfieber« bekannt) nachgewiesen wurde, hatten virologische Erklärungsansätze Auftrieb bekommen. Allerdings zeigten klinisch-epidemiologische Untersuchungen, dass eine EBV-Infektion zwar

mit chronischer Erschöpfung korrelierte, darüber hinaus jedoch nicht zwingend als spezifische, kausale Ursache angesehen werden konnte. Nicht zuletzt diese Einsicht hatte das Interesse an ME abebben lassen – und beförderte zugleich die Suche nach neuen Ansätzen.

In den 1980er Jahren kam ein nächster Vorstoß aus den USA. Berichte über eine ungewöhnliche Häufung von multiplen unspezifischen Beschwerden gut situierter weißer Patient:innen, die ihren Ausgangspunkt in einer Arztpraxis im Norden Kaliforniens (Incline Village, Lake Tahoe) nahmen, stießen rasch auf mediales und medizinisches Interesse. Vermutungen, dass die auch in anderen Teilen des Landes auftretenden Erkrankungen mit dem 1983 entdeckten HIV-/AIDS-Virus in Verbindung zu bringen waren, bestätigten sich nicht. Eine von der amerikanischen Gesundheitsbehörde beauftragte Expert:innengruppe ging zunächst von einem Vorliegen des *Chronic Epstein-Barr Virus Syndrome* (CEBVS) aus. Weitere Studien zeigten jedoch, dass ein über statistische Korrelation hinausgehender kausaler Zusammenhang zwischen einer EBV-Infektion und CEBVS nicht evident gemacht werden konnte. Daraufhin ließ die Expertengruppe die ungeklärte Ätiopathogenese beiseite und plädierte für einen neuen Begriff:

»We, therefore, propose a new name – the chronic fatigue syndrome – that describes the most striking clinical characteristics of the chronic Epstein-Barr virus syndrome without implying a causal relationship with Epstein Barr virus« (Holmes et al., 1988, p. 388).

Im Mittelpunkt des *Chronic Fatigue Syndrome* (CFS) stand ein klinisch fundierter Fatigue-Begriff mit folgenden Leitkriterien:

»New onset of persistent or relapsing, debilitating fatigue or easy fatigability in a person who has no previous history of similar symptoms, that does not resolve with bedrest, and that is severe enough to reduce or impair average daily activity below 50% of the patient's premorbid activity level for a period of at least 6 months« (Holmes et al., 1988, p. 388).

Diese Kriterien sind seitdem immer wieder aufgegriffen und mit Präzisierungsvorschlägen versehen worden (z. B. Fukuda et al., 1994), deren Diskussion bis in die Gegenwart reicht.

Über den Status, die Konturen und letztlich auch über die Legitimität des CFS entspann sich schnell eine Debatte, in der ausdrücklich historische Bezüge gezogen wurden. Handelte es sich bei CFS um »Neurasthenia in the 1980 s« (Greenberg, 1990)? Wie verhielt sich CFS zu ME – und was war hierbei überhaupt neu (Wessely, 1990)? Trotz mancher Parallelen: Eine Zusammenführung der beiden Konzepte, die sich auf konsentrierte Kriterien hätte stützen können, unterblieb; zu unterschiedlich waren die britischen und US-amerikanischen Ausgangssituationen, Erkenntnisinteressen, Bedeutungsinhalte und Pfadabhängigkeiten. Die heute gebräuchliche Doppelnennung ME/CFS vollzog sich deshalb erst allmählich und aus praktischen, kompromissgestützten Erwägungen.

1.7 Fazit für die Praxis

Was lässt sich abschließend festhalten? Zunächst und allgemein formuliert: Kompliziert ist es nicht nur heute. Wer sich dem Thema Erschöpfung historisch zuwendet, stößt auf eine komplexe Gemengelage. Eine medizinhistorische Perspektive kann Sortierungsarbeit leisten und zu Reflexion mit Tiefenschärfe anregen. Sie lässt uns genauer verstehen, wann, wie und aus welchen Konstellationen erschöpfungsassoziierte Begriffe und Konzepte entstanden sind und was es mit ihren Bedeutungsidentitäten auf sich hat.

Erschöpfungssyndrome können keinem über die Zeiten dominierenden Paradigma zugeordnet werden. In den jeweiligen Begriffen spiegeln sich zeitspezifische Deutungen und Erklärungsansätze, nationale Medizinkulturen, gesundheitspolitische Traditionen, aber auch individuelle ärztliche Überzeugungen und klinisch-wissenschaftliche Erkenntnisinteressen. Hinzu kommen unterschiedliche moralische und soziale Konnotationen. Beards Konzeption der Neurasthenie als Fortschrittskrankheit und Signum städtischer Eliten war anders angelegt als Freudenbergers Konzeption des Burn-outs, in das Psychotherapeuten aufgrund ihrer engagierten, sich selbst überfordernden Arbeit mit Kriegsveteranen, Obdachlosen und Drogenabhängigen geraten waren. Ähnliches gilt für die Myalgische Enzephalomyelitis (ME) und das Chronische Fatigue-Syndrom (CFS). ME war in den 1950er Jahren ein Begriff der britischen Medizin, der postvirale Erschöpfungszustände adressierte. Er konnte sich jedoch nicht durchsetzen und wurde in den 1980er Jahren von dem aus der US-amerikanischen Medizin stammenden CFS überlagert. Beide Begriffe haben also einen unterschiedlichen zeitlich-räumlichen Entstehungshintergrund und werden als differente diagnostische Kategorien gehandhabt. Als Tandem ME/CFS haben sie im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Post-COVID-Syndrom erneut an Aufmerksamkeit gewonnen.

Angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz des Themas und der anhaltenden Unsicherheit über Fragen der Kausalität und Behandlung von Erschöpfungssyndromen vermögen aktivistische Aspekte nicht zu überraschen. Auch diese sind in historischer Perspektive erkennbar – sowohl auf ärztlicher Seite wie auch auf Seite von Patient:innen. Gesundheits- und Patient:innenorganisationen schreiben mit interessengeleiteter Feder und gesundheitspolitischen Forderungen an der Geschichte der Erschöpfung mit. Im Hintergrund steht das berechtigte Anliegen, patient:innenorientierte Forschung mit dem Ziel effektiver Therapien zu stärken. Unterschwellig wirkt das – auch heute nicht vollständig gelöste – klinische Problem nach, dass auf Seiten von Patient:innen somatische Krankheiten im Allgemeinen als legitimer wahrgenommen werden als psychische Störungen (Doerr & Nater, 2017). Schließlich sei an die bereits von der Fatigue-Forschung des frühen 20. Jahrhunderts formulierte Einsicht erinnert, dass Erschöpfung von individuellem Erleben und Empfinden nicht zu trennen ist; ihr ist ein hohes Maß an Subjektivität inhärent. Dies spricht für eine Diversifizierung der Forschungsperspektiven und ein offenes, patient:innenorientiertes Krankheitsverständnis (z. B. Sharpe & Greco, 2019). Eine solche Position steht nicht im Gegensatz, sondern an der Seite