Medical Gaslighting - Bewusstsein schaffen für ein gefährliches Phänomen

„I go to the doctor to get dismissed
‚Try losing weight, you're just anxious‘
That's fine, that's cool, I'm not pissed
Just wait ten years for a diagnosis

Psychosomatic, you're so dramatic
Hysterical, emotional, hormonal, erratic
Heart disease, chronic fatigue, depression, and anxiety
Do you have pain? No you don't“

Female Body – Farideh (2024)

Mit eingängigen Elektrobeats und Ohrwurm-Qualität trendete die Musikerin und Comedy-Creatorin Farideh 2024 in den sozialen Medien und machte auf ein für viele Betroffene gefährliches Phänomen aufmerksam: Medical Gaslighting. Dies beschreibt das systematische Absprechen, Kleinreden und Nicht-Ernst-Nehmen von Symptomen bestimmter Personengruppen bei ärztlichen Kontakten. In der Forschung wird dieses Thema vermehrt seit 2018 international betrachtet, größere mediale Aufmerksamkeit erlangte es durch einen NDR-Beitrag im Januar 2026. Auch im psychosomatischen Ambulanzalltag begegnet der Begriff manchmal durch bereits informierte Patienten.

Meist beschreiben die Betroffenen das Erlebte, ohne den Fachbegriff zu kennen, in ihren eigenen Worten, wie die 24-jährige Frau M: *„Ich dachte, es sei normal, während der Periode umzukippen“*. Seit der frühen Pubertät habe sie mit Dysmenorrhoe einhergehend mit Kreislaufdysregulation und Ohnmacht zu kämpfen. Ferner habe ein starke prämenstruelles Syndrom (PMS) mit depressiven Episoden bestanden. *„Mir hat einfach niemand zugehört, es hieß immer, ich solle mich nicht so anstellen“*. Trotz zahlreicher Arztbesuche sei erst mit Anfang 20 weiterführende Diagnostik erfolgt, eine Laparoskopie habe schließlich den Nachweis einer Endometriose erbracht. Die körperlichen Beschwerden seien unter dann eingeleiteter Therapie deutlich gebessert, aber im Kopf von Frau M. sei der Glaubenssatz wie zementiert: *„Mir glaubt sowieso niemand“*. Sie ist an einer rezidivierenden depressiven Störung mit zu Grunde liegendem Selbstwertkonflikt erkrankt, zu welcher jahrelanges Absprechen der eigenen Wahrnehmung durch Autoritätspersonen in vulnerablen Lebensphasen beigetragen hat. Es fällt ihr bis heute schwer, sich selbst zu vertrauen und für sich einzustehen.

Medical Gaslighting kann viele Formen annehmen. Dazu kann das schnelle Unterbrechen von Symptomschilderungen gehören, das vorschnelle Einordnen als *„psychisch“*, die Zuschreibung als *„Stress-induziert“* ohne stichhaltige Hinweise, das Verweigern von indizierter Diagnostik, das Ignorieren abweichender Testergebnisse sowie Herunterspielen widersprüchlicher Befunde, die fälschliche Einordnung von starken Schmerzen und schweren Beschwerden als *„normal“* oder *„altersbedingt“*.

Besonders betroffene Patientengruppen sind Frauen, nicht-weiße Menschen, Menschen mit psychischen Diagnosen, Menschen, deren sexuelle Orientierungen, Geschlechtsidentitäten und körperliche Merkmale von der traditionellen Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität abweichen, geriatrische und pädiatrische Patienten.

Das Deutsche Ärzteblatt veröffentliche im Mai 2025 eine redaktionelle Kurzmeldung online mit dem Titel *„Frauen mit vulvovaginalen Beschwerden erleben möglicherweise häufig medizinisches Gaslighting“*[1]. Die Zahlen ergaben, dass sich mehr als die Hälfte der Frauen mit den Beschwerden nicht unterstützt, ein Drittel sich *„herabgesetzt“* fühlte und einem Fünftel nicht geglaubt wurde. Gleichzeitig wissen wir, dass Frauen im Gegensatz zu Männern chronische Schmerzen eher akzeptieren[2] und sich die Symptome kardiologischer und neurologischer Krankheitsbilder bei Frauen zuweilen anderes präsentieren.[3]

Und doch dauert heute der Weg zu einer Endometriose Diagnose im Schnitt noch 7-10 Jahre.[4] Auch für gastroenterale und rheumatische Beschwerden ist Medical Gaslighting beschrieben.[5] Insgesamt besteht ein höheres Risiko bei Krankheiten, die zyklisch auftreten, in einem hormonellen Zusammenhang stehen, chronisch verlaufen und durch Symptome geprägt sind, die schwer objektivierbar sind.[6]

Für die Patienten stellt dies mehr als ein lästiges Ärgernis dar. Es birgt reale Gefahren, wie das Versäumnis dringend notwendiger Behandlungen durch Missachtung oder Herunterspielen von *„Red Flags“*, die unnötige Verzögerung der Behandlung und potentielle Chronifizierung von Beschwerden.
Das Arzt-Patienten-Verhältnis kann nachhaltig gestört werden mit der der Folge des Misstrauens gegenüber weißen Kitteln. Hieraus kann ein potentiell gefährliches Vermeidungsverhalten resultieren, sowohl in Form nicht wahrgenommener Vorsorgeuntersuchungen als auch Nicht-Abklärung lebensgefährlicher Symptome. Bei den Patienten kann es nicht nur Wut, Scham und Selbstzweifel, sondern gar zu psychischen Folgeschäden wie vermehrter Angst, depressiver Reaktionen sowie Traumatisierung kommen.

Die Alltagsrealität ist beherrscht von Zeitdruck, personellen Engpässen und ökonomischen Zwängen. Ausführliche Anamnesen, komplexe Diagnostik und Empathie brauchen Ressourcen, welche limitiert sind. Es entsteht ein Konflikt zwischen Verbesserung der Versorgung, eigenen ärztlichen Ansprüchen und der Arbeitsrealität sowie ein Konflikt zwischen den Erwartungen der Patienten, die mit Hoffnung auf Hilfe sowie einem Vertrauensvorschuss den ärztlichen Kontakt suchen und mit Enttäuschung, Kränkung sowie Verunsicherung allein bleiben.

Das Bewusstsein für diese Vorgänge bietet potentielle Lösungsansätze.

Die Wahrnehmung der eigenen Fehlbarkeit und blinden Flecken bietet eine Chance hinzuschauen: Darauf, dass Forschung, Wissen, Kommunikation und Diagnosefindung nicht neutral sind in Bezug auf Geschlecht, Hautfarbe und Sozialstatus. Wir dürfen uns die Machtverhältnisse im Sprechzimmer sowie die strukturellen Rahmenbedingungen anschauen und überlegen, wie wir die Ressourcen Aufmerksamkeit und Zeit gerecht einbringen können und Raum für unterschiedliche Bedarfe schaffen.

Die Einordnung *„psychosomatisch“* sollte ferner keine Sackkasse darstellen, sondern ein Tor öffnen zu einer Medizin, die psychische sowie somatische Ursachen gleichermaßen wahrnimmt, diagnostiziert und behandelt.

Julia Nolting
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock

Literatur:

[1] Dtsch Ärztebl. Online Kategorie „News“ (22.05.2025)
[2] Rovner GS, Sunnerhagen KS, Björkdahl A, Gerdle B, Börsbo B, Johansson F, Gillanders D. Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. PLoS One. 2017 Apr 25;12(4):e0175737. doi: 10.1371/journal.pone.0175737. PMID: 28441403; PMCID: PMC5404887.

[3]Schulte KJ, Mayrovitz HN. Myocardial Infarction Signs and Symptoms: Females vs. Males. Cureus. 2023 Apr 13;15(4):e37522. doi: 10.7759/cureus.37522. PMID: 37193476; PMCID: PMC10182740.

Jerath NU, Reddy C, Freeman WD, Jerath AU, Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gend Med. 2011 Oct;8(5):312-9. doi: 10.1016/j.genm.2011.08.001. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21925968; PMCID: PMC3324562.

[4] Jodie Fryer, Amanda J. Mason-Jones, Amie Woodward (2025) Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social-ecological framework, Health Care for Women International, 46:3, 335-351, DOI:10.1080/07399332.2024.2413056
Breton Z, Gouesbet S, Indersie E, et al. Endometriosis Diagnostic Delay and Its Correlates: Results from the ComPaRe-Endometriosis Cohort. *Journal of Women's Health*. 2026;35(2):172-188. doi:10.1177/15409996251380129

[5] Jerath NU, Reddy C, Freeman WD, Jerath AU, Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gend Med. 2011 Oct;8(5):312-9. doi: 10.1016/j.genm.2011.08.001. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21925968; PMCID: PMC3324562.
[6] Jerath NU, Reddy C, Freeman WD, Jerath AU, Brown RD. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gend Med. 2011 Oct;8(5):312-9. doi: 10.1016/j.genm.2011.08.001. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21925968; PMCID: PMC3324562.