



„... DA IST WAS WEGGE- SCHWEMMT WORDEN VON MEINEM STÜCK LEBEN“

Eine Erfahrungsgeschichte des Ader-
lasses im 20. und 21. Jahrhundert
Fellowbericht

Katja Patzel-Mattern

DOI: 10.11588/fmk.2022.1.86424

**MARSILIUS-
KOLLEG**
2020/2021



„... DA IST WAS WEGGE- SCHWEMMT WORDEN VON MEINEM STÜCK LEBEN“

Eine Erfahrungsgeschichte des Aderlasses
im 20. und 21. Jahrhundert

Sucht man im Internet nach dem Begriff Aderlass, so findet man in Wikipedia Folgendes: „Der Aderlass [...] ist ein seit der Antike bekanntes und bis ins 19. Jahrhundert häufig [...] angewandtes Heilverfahren.“¹ Wird dem Aderlass in dem Artikel einerseits eine lange Geschichte zugeschrieben, so wird diese andererseits mit dem 19. Jahrhundert als beendet erklärt. Doch das stimmt nicht mit der Realität überein. Zwar spielt der Aderlass heute nur noch eine geringe Rolle in der Therapie von Krankheiten, doch gilt er bei bestimmten Diagnosen wie der Hämochromatose, einer erblichen Stoffwechselerkrankung, bei der im Blut zu viel Eisen gespeichert wird, nach wie vor als Mittel der Wahl.

ADERLASS IM INTERDISZIPLINÄREN DISKURS

Der hier angerissene Widerspruch zwischen kollektiver Wahrnehmung des Aderlasses als Behandlungsmethode vergangener Epochen, die häufig auch als überholt, wirkungslos und sogar schädlich dargestellt wird, und seiner therapeutischen Anwendung in der Gegenwart war Ausgangspunkt des gemeinsamen Projekts mit der Medizinerin Martina Muckenthaler und der Medizinhistorikerin Karen Nolte. Gemeinsam und in Auseinandersetzung mit den anderen Fellows unserer Klasse, aufgrund der Pandemie leider allzu häufig digital, sowie externen Expert:innen, die wir zu Beginn und zum Abschluss unseres Projekts zu Workshops einluden, machten wir uns auf die Suche nach Legitimationen des Aderlasses vom 19. Jahrhundert bis

in die Gegenwart. Dabei war der Austausch über Fächergrenzen hinweg von unschätzbarem Wert. Er erweiterte nicht nur mein Wissen in Themengebieten, die mir sonst verschlossen geblieben wären, er eröffnete mir auch immer wieder neue Perspektiven auf mein eigenes Fach und vor allem auf meinen Untersuchungsgegenstand. Die Montagabende, an denen sich die Marsilius-Fellows trafen, waren dementsprechend für mich Highlights meines Forschungsalltags.

Bei der wissenschaftlichen Suche nach Legitimationen des Aderlasses nehmen wir drei Wissenschaftlerinnen unterschiedliche Perspektiven ein: Während Martina Muckenthaler den fachwissenschaftlichen Diskurs der Gegenwart untersucht, widmet sich Karen Nolte den Argumentationen von Ärzten und Heilpersonen in der Vergangenheit. Mit ihren Arbeiten konnten sie bisher unter anderem zeigen, dass methodische Aspekte relevant sind, will man die Bewertung des Aderlasses im medizinischen Diskurs verstehen. So erweist sich einerseits die geltende Norm der Verblindung von Studien, die vorsieht, dass die Beteiligten nicht wissen, welche Therapie zur Anwendung kommt, für den Aderlass als nicht umsetzbar. Niedrige Fallzahlen erschweren überdies Aussagen zur Evidenz. Andererseits zeigt sich, dass die Kritik am Aderlass historisch mit der Durchsetzung der statistischen Methode einherging, die den Erfolg einer Therapie nicht länger anhand des Einzelfalls betrachtete. Angesichts dessen erschien es sinnvoll in der Gegenwart erneut den Blick auf den Einzelfall zu richten. Unterstützt durch Mirjam Lober tue ich dies im Rahmen eines Oral-History-Projekts mit Menschen, die an Hämochromatose erkrankt sind. Für sie ist der Aderlass die bislang wirksamste Therapieform, obwohl er in unserer Gesellschaft als überholte Behandlungsform gilt, dessen Evidenz überdies in klinischen Studien nach gültigen Maßstäben nur erschwert nachgewiesen werden kann. Wie erleben sie die Behandlung angesichts bestehender Urteile und Vorurteile?

Mit dieser erfahrungsgeschichtlichen Perspektive und der Methode der *Oral History* knüpfe ich an frühere Arbeiten an. Ihr gemeinsames Ziel es ist, jenen gesellschaftlichen Gruppen und Akteuren eine Stimme zu verleihen, die nur selten eigene Überlieferungen hinterlassen und deshalb in geschichtswissenschaftlichen Untersuchungen häufig unterrepräsentiert sind. Ihr Denken und ihr Handeln ist deshalb aber nicht weniger geschichtsmächtig und für das Verständnis der Vergangenheit und ihrer Prägekraft für Anschauungen und Wahrnehmungen in unserer Gegenwart nicht weniger wichtig. Deshalb sollen die Ergebnisse unseres Projekts im Rahmen einer Ausstellung auch einer interessierten Öffentlichkeit vermittelt werden.

Um die aufgeworfenen Leitfragen beantworten zu können, mussten zunächst Gesprächspartner:innen gefunden werden. Dank der Unterstützung durch die *Hämochromatose-Vereinigung Deutschland e.V.* und deren Vorsitzende Dr. Barbara Butzeck war es möglich, 14 Personen, acht männliche und sechs weibliche im Alter von 20 bis 85 Jahren, für Interviews zu gewinnen. Zusammen mit Mirjam Lober, die mich auch bei der Auswertung unterstützte, erstellte ich ein leitfadengestütztes, halboffenes Interviewkonzept, das allen Gesprächen zugrunde lag. Sie wurden, auch mit Rücksicht auf die jeweils aktuelle Lage in der Pandemie und die gesundheitlichen Voraussetzungen der Gesprächspartner:innen, zu überwiegenden Teilen digital von Mirjam Lober und Joachim Brenner, beide Mitarbeiter:in an der Professur, geführt (10 von 14).

WIE ERLEBTEN DIE GESPRÄCHSPARTNER:INNEN DEN ADERLASS UND WIE LÄSST SICH DIES ZEITGESCHICHTLICH ERKLÄREN?

Es zeigt sich, dass der Aderlass von der Mehrzahl der Interviewten bei Behandlungsbeginn als massiver aber nötiger Eingriff wahrgenommen wurde. Dazu trägt seine invasive Gestalt bei. Die Verletzung der Haut und damit der Schutzhülle des eigenen Körpers kann als Herausforderung wahrgenommen werden. Vernarbungen werden befürchtet, die zukünftige Behandlungen erschweren oder von Dritten misinterpretiert werden könnten.² Dies gilt umso mehr, da Darstellungen des Aderlasses durch vielfache Zitation Eingang in unser kollektives Gedächtnis gefunden haben, die das Martialische der Behandlung betonten. Vor allem aber ist bedeutsam, dass gerade zu Beginn der Behandlung regelmäßig und in kurzen Abständen zum Aderlass gelassen werden muss, mit dem Ziel, den Serumferritinwert – den Eisenwert im Blut – rasch zu senken. Rund 500 ml Blut werden pro Woche entnommen. Dies führt verbreitet zu einem Gefühl der nachhaltigen Schwächung. Das Zitat aus dem Titel bringt dies zum Ausdruck: „...da ist was weggeschwemmt worden von meinem Stück Leben, auch das Gefühl keine Kraft zu haben und kein Sport mehr machen zu können, das einfachste machen zu können Treppenlaufen oder einkaufen zu gehen, das hat mein Weltbild, ... also das gibt's doch gar nicht.“³

In dem „...das gibt's doch gar nicht“ drückt sich die Erschütterung aus, die in der Mehrzahl der Interviews zum Ausdruck kommt. Sie erklärt sich zunächst unmittelbar aus den körperlichen Folgen des Blutverlustes und damit medizinisch. In einer Leistungsgesellschaft, in der körperlicher Fitness eine zentrale Bedeutung für ein

gelingendes und produktives Leben zugeschrieben wird, wird deren Verlust aber als besonderes einschneidend erlebt. Er wird überdies individualisiert. Das heißt, der oder die Einzelne sieht sich selbst in der Verantwortung für den Verlust und seine Folgen. Und tatsächlich bleiben sie mit den Folgewirkungen ihrer Krankheit ebenso wie mit dem Wissen um ihre Vererblichkeit zunächst allein. Innerhalb des Krankenversicherungssystems ist keine systematische Unterstützung nach der Diagnose vorgesehen. Viele Patient:innen müssen sich unmittelbar nach der Diagnose selbst, häufig ohne Unterstützung ihres Hausarztes, einen Facharzt und einen Ort für den Aderlass suchen. Die Chance, möglichen negativen Folgeerkrankungen, vor allem psychischen Belastungen, frühzeitig entgegenzuwirken, wird damit vertan.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch der Weg bis zur Diagnose häufig schon ein beschwerlicher war. Mehrere Interviewpartner:innen sprechen von „Zufallsdiagnosen“⁴. Aufgrund der Seltenheit der Krankheit braucht es häufig lange, bis die Ursache für Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Lebervergrößerung oder Diabetis gefunden wird. In dieser Phase wird nicht nur die Erfahrung gemacht, dass körperliche Beschwerden nicht ernst genommen, als Einbildungen abgetan oder als psychisches Leiden gedeutet werden (zum Teil sogar noch nach der Diagnose)⁵. Auch die Zuschreibung selbstschädigenden Verhaltens wie Alkoholmissbrauch und ungezügelter Essverhalten gehört zu den Erfahrungen. Dies führt zu Angst vor Stigmatisierungen, die auch über die Diagnose hinaus besteht. So berichtet eine Person von ihrer Sorge, dass infolge der Aderlässe der Körper irgendwann mit Einstichstellen übersät sein könnte - wie bei einem „Drogenabhängigen“.⁶ Hier zeigen sich die Herausforderungen einer symptombezogenen Diagnostik, die sich an quantitativ weit verbreiteten Krankheitsbildern orientiert. Es besteht die Gefahr, dass Betroffene nicht ganzheitlich mit ihrem individuellen Krankheitsbild wahrgenommen werden, wodurch über die Krankheitsfolgen hinaus zusätzliche Belastungen entstehen können.

Es zeigt sich: Dem Verhältnis von Behandelnden und Behandelten kommt eine große Bedeutung für die Wahrnehmung des Aderlasses zu. Dabei erweist sich als herausfordernd, dass diese Therapieform vielen niedergelassenen Ärzt:innen zunächst unbekannt ist. Dies führte in einem Fall unseres Samples dazu, dass die betroffene Person und der/die Ärzt:in gemeinsam und in Absprache unterschiedliche Möglichkeiten des Aderlasses ausprobierten. Dabei sei die behandelte Person selbst zu einer Art Expert:in geworden - eine Erfahrung, die viele Betroffenen teilen.⁷ Auch wenn der Aderlass bekannt ist, gehört er dennoch nicht zu den geschätzten Thera-



pieformen, da er im kassenärztlichen System nur gering vergolten wird. Vor allem ältere Interviewte haben deshalb die Erfahrung gemacht, wenig professionell behandelt worden zu sein. So wurde beispielsweise ihr Blut in einem Glas gesammelt.⁸ Das weckt Assoziationen an die oben zitierten martialischen Darstellungen. Diese Blutentnahme fand auch nicht immer im Behandlungs-, sondern in kleinen Neben- oder gar Wartezimmern statt, da sie Zeit braucht und ökonomisch eben wenig lukrativ ist. Betroffene haben sich angesichts dessen missachtet gefühlt. Dies gilt umso mehr, wenn zusätzlich der Umgang mit dem entnommenen Blut als unsensibel erlebt wird. Da es aufgrund des Eisengehalts nicht für die Blutspende zugelassen ist, wird es entsorgt. Geschieht dies offensichtlich, so kann das verunsichernd wirken. So berichtet die oben zitierte Person, dass sie, wenn das „leere Glas“ zurückkam, ein „komisches Gefühl“ gehabt habe, denn schließlich handle es sich um einen „Teil von mir, der da entsorgt wird..., ist es jetzt nur ein Teil der giftig ist, ... oder ist es ein wesentlicher Teil, der mich am Leben erhält“.⁹

WELCHE IMPLIKATIONEN HABEN DIE ERGEBNISSE UNSERES PROJEKTS?

Es zeigt sich, dass das Verhältnis von Behandelnden und Behandelten sowie die patientenorientierten Diagnose und Begleitung wesentlich dafür ist, wie der Aderlass

wahrgenommen und die Krankheit, die diese Behandlung notwendig macht, in das eigene Leben integriert werden kann. Denn Darstellungstraditionen des Aderlasses als martialisch und vergangen zum Trotz, kann dieser unabhängig von seiner konkreten gesundheitsfördernden Wirkung auf die Betroffenen grundsätzlich als positiv wahrgenommen werden. In einer Zeit, in der viel über Komplementärmedizin und natürliche Lebensweisen diskutiert wird, kann an Vorstellungen der Reinigung angeknüpft werden. Die Assoziation des Aderlasses mit einer „Erneuerung des Blutes“¹⁰ überwiegt dann Verlust- und Angstgefühle. Dies kann durch eine wertschätzende Atmosphäre, die nicht die Krankheit betont, unterstützt werden, wie Vergleiche mit der Blutspende zeigen.¹¹ Vor diesem Hintergrund ist es dann möglich, die Hämochromatose sogar als „Lieblingskrankheit“ zu bezeichnen. Um sie zu behandeln, müsse man schließlich keine Tabletten einnehmen, sondern einfach nur zum Aderlass gehen.¹²

Die erfahrungsgeschichtliche Perspektive macht darauf aufmerksam, dass das Framing einer Behandlungsmethode wesentlich für ihre Wahrnehmung und Akzeptanz ist. Sie legitimiert sich aus Sicht von Patient:innen nicht allein durch ihre Evidenz, sondern auch durch individuelle Begleitung, räumliche Inszenierung und historisch begründete gesellschaftliche Diskurse.

¹ <https://de.wikipedia.org/wiki/Aderlass>

² Vgl. z. B. Interview 6, Professur für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, im Folgenden abgekürzt als I Zahl, PWSG

³ I2, PWSG

⁴ Vgl. z. B. I6, PWSG

⁵ Vgl. I9, PWSG

⁶ I8, PWSG

⁷ Interview 10, PWSG

⁸ Ebd.

⁹ Ebd.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Vgl. I4, PWSG

¹² Vgl. I13, PWSG