

Pflegepraktiken und Pflegealltag

Ein objektzentrierter Zugang

ISABEL ATZL

Abstract

Das bei der Tagung des „Jungen Forums“ vorgestellte Promotionsprojekt befasst sich mit pflegerischen Praktiken im Kontext des stationären Alltags im Sinne der zwischenmenschlichen Interaktion am Krankenbett in der Krankenpflege um 1900 und versucht diesen ausgehend von Objekten zu rekonstruieren. Grundsätzlich ist die Pflege alter und kranker Menschen ohne Dinge, gleichgültig in welchem zeitlichen Horizont man sich bewegt, nicht durchführbar, jedoch sind Objekte für die Rekonstruktion pflegerischen Handelns in der historischen Forschung bislang unberücksichtigt geblieben. Die Dissertation untersucht das Themenfeld, ausgehend von erhalten gebliebenen Gegenständen in medizinhistorischen Sammlungen, mithilfe der primären Sammlungsforschung und setzt die Ergebnisse mit der überwiegend normativen Literatur in Beziehung. Im vorliegenden Beitrag wird der methodische Zugang des gesamten Forschungsvorhabens umrissen und am Beispiel des Fieberthermometers verdeutlicht, wie dieser Ansatz ausgearbeitet werden soll. Es zeigt sich hier, dass nicht nur Aussagen zur Praktik des Fiebermessens selbst, sondern zugleich auch zur sozialen Ordnung am Krankenbett sowie zur zwischenmenschlichen Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten getroffen werden können.

Einleitung: Pflegedinge und pflegerische Praktiken um 1900

Waschschüsseln, Schnabellassen, Bettpfannen, Spritzen, Irrigatoren, Fieberthermometer, Verbandstoffe, Kämmen, Lagerungskissen, Nierenschalen – die Liste an Dingen,¹ die für die Pflege Kranker benötigt werden, ist lang. Einige, wie zum Beispiel die Leibschüssel (KRÜGELSTEIN 1807; ein historischer Begriff für die Bettpfanne) oder Felle zur Vorbeugung gegen das „Brandigliegen“ (DIEFFENBACH 1832; heute Dekubitusprophylaxe), sind schon seit Jahrhunderten in ähnlicher Form, Gestalt oder Materialität in Gebrauch; ihr Einsatz hat sich über viele Generationen bewährt. Teller, Löffel und Schnabellassen haben es als Objekte zur unterstützten Nahrungsaufnahme gar bis zum Attribut praktizierter Pflege am Krankenbett auf Darstellungen vor allem in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Kunst gebracht.² Auf diesen Bildern wird die enge Verbindung von Pflegenden, Gepflegten und ihren Dingen besonders gut

sichtbar: Allein die Berührung oder die Hinwendung zum Kranken wäre zu unspezifisch und universal. Es ist das pflegerisch eingesetzte Ding, das die Pflegepraxis im Zusammenspiel von zwei oder mehr Menschen in Szene setzt.

Dass Krankenpflege ohne Dinge nicht durchgeführt werden kann, dürfte wohl niemand bestreiten. Ob es nun Alltagsgegenstände sind, die von Pflegenden im Rahmen von Unterstützung oder Übernahme lediglich bereitgestellt oder in Teilen bzw. vollständig gehandhabt werden, oder ob es sich um speziell angefertigte Dinge handelt, deren Umgang eigens erlernt werden muss: Eingebettet in einen unerlässlichen körperlichen Kontakt zwischen den beteiligten Personen und begleitet von verbaler wie non-verbaler Kommunikation haben Dinge stets Anteil an pflegerischen Praktiken. Dies ist nicht nur heute so, sondern gilt gleichermaßen für die Vergangenheit.

Thema des Dissertationsprojektes mit dem Titel „Am Krankenbett um 1900“, aus dem in diesem Beitrag ein kleiner Ausschnitt vorgestellt wird, ist die Rekonstruktion pflegerischer Praktiken im Sinne zwischenmenschlicher Interaktionen am Krankenbett unter besonderer Berücksichtigung der verwendeten Dinge im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Besonders berücksichtigt heißt, dass tatsächlich erhalten gebliebene, dreidimensionale Gegenstände als Bestandteil jener Praktiken in den Mittelpunkt der Forschung gerückt werden. Sie sind der Ausgangs- und Bezugspunkt für Fragen in der weiteren Forschung, die sich auf normative und autobiografische Texte bezieht. Es handelt sich um Objekte, die sich in Museen und Sammlungen im deutschsprachigen Raum erhalten haben und das materielle kulturelle Erbe der Pflege darstellen (ATZL 2017; ATZL & ARTNER

1 In diesem Beitrag werden die Begriffe Gegenstand, Ding, Objekt und Artefakt synonym verwendet. Siehe hierzu auch KOLLEWE, HEITMANN-MÖLLER & DEPNER u. a. 2017.

2 So zum Beispiel auf einem Kupferstich anonymer Herkunft des Hotel-Dieu in Paris aus der Zeit um 1500 (Bibliothèque Nationale, Paris: Ms. EA 17 res.) oder im Manuskript „Werk der Nächstenliebe“ um 1450, ebenfalls von einem anonymen Autor (New York Academy of Medicine) (Angaben aus: LYONS u. a. 2003). Aus dem 19. Jahrhundert zeigt vor allem die allseits bekannte Darstellung Florence Nightingales die enge Verknüpfung von Objekt und Pflegenden auf der Darstellung ihrer Person als „lady with the lamp“ (Illustrated London News, 24.2.1855).

2018). Die Dinge sollen mithilfe der Methoden der Sammlungsforschung und der Praxistheorie ein tieferes Verständnis des pflegerischen Alltags befördern.

Im vorliegenden Beitrag wird eine einzelne Praktik in den Mittelpunkt gestellt: Es geht um die bei der Krankenbeobachtung durchgeführte Erfassung der Körperwärme, die ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts nicht mehr mit der Hand gefühlt, sondern mit einem Fieberthermometer gemessen wurde. Ein Fieberthermometer aus dem Jahr 1883 aus der Sammlung des Berliner Medizinhistorischen Museums der Charité ist der Ausgangspunkt für die Erforschung jener Praktik.

Forschungsstand

Pflegerische Praktiken am Krankenbett sind für den fraglichen Zeitraum des 19. und frühen 20. Jahrhunderts bislang weitgehend unerforscht. Sie werden zwar in Argumentationszusammenhängen als Bedingungen des Alltagslebens erwähnt, dabei jedoch nicht näher bestimmt. Die Erforschung des Pflegealltags setzte in der Pflegegeschichtsschreibung in den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts ein (HÄHNER-ROMBACH 2009). Hier stehen vornehmlich Fragen nach Arbeitszeiten, Lebens- und Arbeitsverhältnissen, der Entwicklung der Verberuflichung, nach Entlohnung sowie der hierarchischen Ordnung innerhalb der Institutionen des sich ausdifferenzierenden Gesundheitswesens im Mittelpunkt (BRAUNSCHWEIG 2006; THIEKÖTTER, RECKEN & SCHOSKA u. a. 2009; HÄHNER-ROMBACH 2008; HÄHNER-ROMBACH 2009; auch FABER 2015). Nur sehr wenige Beiträge verweisen konkret auf einzelne Praktiken (ROTH 2009; STÖLZLE 2013).³ Die Krankenbeobachtung und speziell die Erfassung der Körperwärme werden in keiner der genannten Arbeiten behandelt.

Objekte wurden in der pflegehistorischen Forschung in Bezug auf pflegerische Tätigkeiten am Patienten im Sinne des *material turn* noch nicht in den Blick genommen, auch wenn Wolfgang U. Eckart und Robert Jütte bereits 2007 mit der Frage nach dem „Einfluss, den der medizinische Fortschritt, insbesondere in Form von neuen Geräten und Techniken, auf die Pflegepraxis hatte“ (ECKART & JÜTTE 2007, 292) explizit auf dieses Desiderat hingewiesen haben. Die Bedeutung von Objekten im Sinne einer medizinisch-technischen ‚Aufrüstung‘ wird 2008 in der Einführung in das Studium der Krankenpflege-Geschichte von Horst-Peter und Jutta Wolff zumindest erwähnt (WOLFF & WOLFF 2008, 117–131); weitere Untersuchungen fehlen jedoch bislang.

Grundlegende Vorarbeiten für die Einbeziehung von dreidimensionalen Objekten in der Pflegegeschichte hat dann erstmalig das von 2014 bis 2017 laufende interdiszi-

3 Hier sind etwa die Berichte von Schwester Bertha Wiese zu nennen (Quellen III, 20–24, in: HÄHNER-ROMBACH 2008, 314–332).

plinäre Verbundprojekt „Die Pflege der Dinge. Die Bedeutung von Dingen in Vergangenheit und gegenwärtiger Praxis der Pflege“ geleistet (ARTNER, ATZL & DEPNER u. a. 2017). In dem am Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité angesiedelten Teilprojekt „Historische Pflege-dinge“ wurden diese deutschlandweit in einschlägigen Sammlungen und Museen aufgespürt und durch Befragungen der Verantwortlichen sowie durch Sichtung der Datenbanken und Depots all jene Objekte zahlenmäßig erfasst, die dem kulturellen materiellen Erbe der Pflege zugerechnet werden können. Einzelne Objekte wie beispielsweise das Fieberthermometer oder das Luftkissen wurden vertiefenden Objektanalysen unterzogen (vgl. ARTNER, ATZL & DEPNER u. a. 2017; hier bes. ATZL 2017). Das hierbei zutage getretene Potential für die Erforschung historischer Pflegepraktiken am Krankenbett soll in der Dissertation der Verfasserin genutzt und auf weitere Gegenstände ausgeweitet werden.⁴

Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf den stationären wie häuslichen Krankenpflegekontext und schließt deshalb die ebenfalls zum allgemeiner verstandenen Begriff der Pflege gehörenden Bereiche wie die Psychiatrie-, Säuglings- oder Altenpflege aus. Zudem bezieht sie sich auf den deutschsprachigen Raum. Ursächlich hierfür sind die unterschiedlichen Entwicklungen in der Etablierung und Ausgestaltung des Pflegeberufes und damit auch seiner Praktiken im internationalen Vergleich, desgleichen die ebenfalls dünne Forschungslage zum hier skizzierten inhaltlichen Fragenkomplex sowie zum methodischen Vorgehen (DEALAY 2009, für Praktiken in der Psychiatrie zum Beispiel d’ANTONIO 2009). Einzige Ausnahme bildet ein Beitrag von Margarete Sandelowski aus dem Jahr 2000, der die Bedeutung von Gegenständen (allerdings ohne Berücksichtigung erhalten gebliebener) bei der Erforschung des Technikeinflusses auf pflegerisches Handeln thematisiert. In „Desire and Devices“ beschreibt sie den Zusammenhang neuer Instrumente und die Herausbildung von Praktiken um 1900 in den USA, in denen die Professionalisierung des Pflegeberufes allerdings schon wesentlich weiter gediehen war als in Deutschland (SANDELOWSKI 2000). Pflegenden verfassten ihre Lehrbücher selbst und bestimmten damit auch Teile der Lehrinhalte des Krankenpflegeunterrichts einschließlich der pflegerischen Praktiken.

4 Einzelne Objekte, die auch im Rahmen der Krankenpflege bedeutend sind, wurden in den vergangenen Jahren unter einem allgemeineren kulturwissenschaftlichen Blickwinkel erforscht. Besonders ist hier auf die Arbeit zum Krankenhausbett von Maria Keil hinzuweisen, die das Objekt aus den verschiedensten Perspektiven beleuchtet (KEIL 2017).

Methoden und theoretischer Rahmen

„Die Praktik [...] ist, was die Leute tun (das Wort sagt genau, was es sagen will)“ (VEYNE 1992, 49). Hinter dem, was der Althistoriker Paul Veyne so treffend auf den Punkt gebracht hat, verbirgt sich ein überaus umfangreiches interdisziplinäres und schon seit Jahrzehnten in den Geschichts- ebenso wie anderen Geisteswissenschaften angewendetes Analysekonzept: die so genannte Praxistheorie (vgl. RECKWITZ 2003; FÜSSEL 2015). In den Geschichtswissenschaften hat sie in den vergangenen Jahren eine „wachsende Wirkmacht entfaltet“ (STOLBERG 2015, 48). Jedoch existiert mittlerweile fächerübergreifend eine enorme Breite an praxistheoretischen Ansätzen, so dass um die Jahrtausendwende gar von einem „practice turn in contemporary theory“ gesprochen wurde (SCHATZKI 2001). Der in diesem Aufsatz verwendete Begriff der Praktiken bezieht sich auf die Definition des Soziologen Andreas Reckwitz, der Praktiken als „typisiertes, routinisiertes und sozial verstehbares Bündel von Aktivitäten“ (RECKWITZ 2008, 112) versteht. Grundlegend für die Rekonstruktion von Praktiken in diesem Sinne ist, dass sie den Fokus sowohl auf den oder die menschlichen Körper als auch auf die verwendeten Dinge richtet: „Die Praxistheorie will eine scheinbare Trivialität rehabilitieren [...]: dass [...] Praktiken in aller Regel einen Umgang von Menschen mit ‚Dingen‘, ‚Objekten‘ bedeuten“ (RECKWITZ 2003, 290).

Die Auswahl von Objekten für die Dissertation folgte zwei Wegen: Erstens wurden die im vorgängigen Projekt erfassten Objektbestände nach einer Einteilung pflegerischer Praktiken einzelnen Themenfeldern zugeordnet und jene ausgewählt, die sich schon in der Erhebungsphase als besonders geeignet für die Forschung erwiesen – da sie entweder eine ausgewiesene gute Provenienz besitzen oder aufgrund ihrer Materialität oder Gestalt zu Fragen mit ihrem Umgang anregten. Zweitens wurde, wo Lücken bestanden, eine erneute Recherche nach einzelnen Objekten angestoßen. Dazu ergingen erneut Anfragen an die Sammlungen, die im Kontext des Forschungsprojektes „Die Pflege der Dinge“ schon befragt worden waren und deren Sensibilisierung für das Themenfeld weitere Objektbestände zutage gefördert hatte. Auch wurde den zahlreichen Hinweisen im Umfeld der Forschung zu pflegeschichtlichen Objekten nachgegangen, die weitere Sammlungen mit historischen Pflegegedingen sichtbar werden ließen.

Methodisch bilden die Objekte den Ausgangspunkt der Forschung. Die erhobenen Parameter mit den Mitteln der primären Sammlungsforschung (Material, Maße, Gewicht, Datierung, Hersteller, Haptik, Bezeichnung, Beschreibung, Provenienz) bilden die Grundlage für die Auseinandersetzung mit den hinzugezogenen schriftlichen Quellen: Was fällt im Kontrast zu den Texten auf? Welche Aspekte zeigen sich am Objekt, die in den Texten nicht erwähnt werden? Ist die beschriebene Nutzung des Objektes nachvollziehbar,



Abb. 1: Fieberthermometer, 1883; Glas, Messing, Quecksilber; Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité; Foto: Thomas Bruns

oder gibt es Differenzen zwischen dem geschriebenen Anspruch und der konkreten Handhabung? Welche sicht- oder fühlbaren Eigenschaften fallen bei der direkten Konfrontation mit dem realen Objekt ins Auge? Die Rekonstruktion der pflegerischen Praktiken wird demnach in einem Wechselspiel zwischen Objekt und Texten erarbeitet. Immer wieder geht es vom Objekt zum Text, dann aber auch wieder zurück, um die erhobenen Befunde zu erhärten oder auch zu konterkarieren. Objekte werden als im wahrsten Sinne des Wortes „Gegen-stand“ zu den Texten gewertet.

Das Fieberthermometer und die pflegerische Praktik des Fiebertmessens um 1900

Ein Fieberthermometer aus dem Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité gab den Ausschlag, diese Objektgattung näher zu untersuchen (Abb. 1).⁵ Dieses Fieberthermometer besteht aus einer 23 Zentimeter langen

5 Dieses Objektbeispiel ist auch im Beitrag von ATZL 2017 ausführlich untersucht worden.



Abb. 2: Einlegen des Thermometers in die Achselhöhle (aus: SALZWEDEL 1904, S. 80)

dünnwandigen Glasröhre mit Messingkappe, auf der mittig eine kleine Messingkugel gesetzt ist und die mit einer 2,5 Zentimeter langen Metallspitze abschließt. Innenliegend befindet sich eine Quecksilbersäule mit einer Skala, die Celsiusgrade von 33,5 bis 45, abgestuft in Zehntelgrade, anzeigt. Alle Zahlen sowie die Skala sind schwarz, die 37 durch einen dünnen, offenbar nachträglich eingetragenen roten Strich gesondert markiert. Bei der Suche nach einer Antwort auf die Frage, weshalb die Markierung offenkundig nachträglich angebracht wurde, fiel bei dem Vergleich mit weiteren Thermometern auf, dass in den Sammlungen verschiedene Varianten aufbewahrt werden. Bei einigen existiert keine Markierung, bei manchen ist diese offenkundig nachträglich aufgebracht und bei einer dritten Gruppe ist sie schon von vornherein rot gefärbt. Weshalb diese Gradmarke überhaupt gekennzeichnet wurde, konnte in den Sammlungen nicht beantwortet werden; ebenso fehlt es an Forschungsliteratur zu Fieberthermometern mit direktem Bezug auf die Objekte. Lediglich die Monographie „Der wohltemperierte Mensch“ von Volker Hess aus dem Jahr 2000 thematisiert die ärztliche Praktik des Fiebermessens kurz nach der Mitte des 19. Jahrhunderts. Wie das Thermometer aber in pflegerische Hände geriet und weshalb es eine rote Markierung erhielt, wird nicht thematisiert. Aus der Reihe der Pflegelehrbücher der Charité (u. a. GEDIKE 1846, 1874; SALZWEDEL 1896, 1904), die im deutschsprachigen Raum weit verbreitet waren, lässt sich die schrittweise Einführung in den pflegerischen Alltag jedoch erhellen.

Als in den 60er und 70er Jahren des 19. Jahrhunderts ärztlicherseits der Ruf nach Assistenten für die Unterstüt-

zung des neuentwickelten, medizinischen Verfahrens des Fiebermessens mittels Thermometer laut wurde (Hess 2000; WUNDERLICH 1870), waren es Pflegende, die diese Aufgabe langfristig übernahmen. Schritt für Schritt wurde ab 1874 die Handhabung des Instrumentes in die Pflegelehrbuchinhalte eingeführt. Zu Beginn betraute der Arzt die Pflegenden „von Zeit zu Zeit“ (GEDIKE 1874, 85) mit dem Fiebermessen. In der Folgeausgabe des Lehrbuchs von 1889 sind die Messung zweimal täglich zu jeweils festgelegten Uhrzeiten bei allen Patienten sowie die Dokumentation des erhobenen Wertes in vorgefertigten Fieberkurven zu festen Bestandteilen des Lehrinhaltes geworden, die in den weiteren Ausgaben immer detailreicher beschrieben werden (RIEDEL 1889). Zudem werden sie durch umfangreiche Erläuterungen zu Arten und Anwendung weiterer Thermometer ergänzt.

Die Pflegenden sollten laut Lehrbuch von 1896 die Temperatur axillar erheben:

„Die Achselhöhle wird zunächst ausgetrocknet. Als dann wird der Arm etwas von dem Rumpf abgeführt, sodaß man frei in die Achselhöhle sehen kann. Die Kugel des Thermometers wird nun an die tiefste Stelle der Achselhöhle angedrückt, der Oberarm an den Körper fest angelegt, der Vorderarm über die Brust so gelegt, daß die Hand in die Gegend der anderen Achsel zu liegen kommt und der Kranke wird aufgefordert mit dieser Hand eine Falte seines Hemdes zu greifen. Ist er zu schwach oder unbesinnlich, so muß der Wärter die Hand festhalten“ (SALZWEDEL 1896, 54).

1904 wird die axillare Messung auch bildlich dokumentiert (SALZWEDEL 1904, 80 f., Abb. 2).

Pflegende erlangten mit der Einführung des Fiebermessens in den pflegerischen Alltag ab etwa 1870 neue Kenntnisse und Fertigkeiten, um die Krankenbeobachtung, hier speziell die der Körperwärme, den medizinischen Bedürfnissen angepasst durchführen zu können. Das notwendige technische und medizinische Wissen wird in den Lehrbüchern sehr ausführlich und detailreich auf mehreren Seiten geschildert. Es bezieht sich vor allem auf die Kenntnis der verschiedenen Arten von Thermometern und deren korrekte Handhabung, aber auch auf medizinisches Grundwissen zur Körpertemperatur, um je nach Höhe den Arzt gegebenenfalls informieren zu können. Hier wird auch die am Objekt sichtbare Markierung der 37 Grad Celsius relevant. 37,5 Grad Celsius galten als kritische Temperaturgrenze für den Hinweis auf pathologische Veränderungen: „Als Normaltemperatur gilt im allgemeinen die Körperwärme von 36,5 °C bis 37,5 °C [...] Erhöhte Körpertemperatur von 37,5 °C bis 38,5 °C wird als geringes Fieber [...] angesehen“ (SALZWEDEL 1904, 85). Sie wurde nicht seit Beginn der Thermometerentwicklung rot gekennzeichnet. In den Jahren um 1900 hingegen wurde sie direkt rot auf dem Instrument angebracht. Die in der Medizin etablierte Temperaturgrenze wurde hier also für alle sichtbar in das Thermometer eingeschrieben.

Doch was genau passierte im pflegerischen Alltag mit der Einführung des Thermometers in die pflegerische Praxis?

In den durchweg von Ärzten verfassten Pflegelehrbüchern, die seit dem Ende des 18. Jahrhunderts im Umlauf waren, wird die Krankenbeobachtung als eine der wichtigsten pflegerischen Aufgaben beschrieben. Mit Blick auf die Körperwärme der Kranken bedeutete dies, dass eine gute Pflegekraft in der Lage sein musste, die Wärme durch die sinnliche Wahrnehmung bei Berührung der Haut zu erfassen und einzuschätzen, um die Beobachtung anschließend dem Arzt als bedeutsam für den Krankheitsverlauf mitzuteilen. 1846 heißt es in der „Anleitung zur Krankenwartung“ von Carl Emil Gedike: „Ein feines Gefühl in den Händen ist ebenfalls nöthig, um die Wärme der Haut zu beurtheilen“ (GEDIKE 1846, 6).

Zwischen die Berührung der Haut des Kranken durch die Hand des Pflegenden schob sich mit der Einführung des Fieberthermometers um 1870 ein Gegenstand, der objektive, nachprüfbare Messergebnisse lieferte, zugleich aber als zerbrechliches Objekt (Hülle aus Glas) eine sichere Handhabung erforderte. Auch konnte das falsche Platzieren der Metallspitze in der Achselhöhle falsche Ergebnisse hervorrufen.

Das fachliche Wissen für Pflegende über die Körperwärme und ihre kritische Grenze wurde von ärztlicher Seite vorgegeben und offenkundig für alle sichtbar auf dem Objekt markiert. Die Messung war auf eine ärztlich-therapeutische Intervention hin ausgerichtet und wurde als grundlegendes Element mit Auswirkungen bis in die Arbeitsorganisation hinein im Alltag der Krankenpflege etabliert. Dabei spielte das zuvor so wichtige taktile Erfahrungswissen der Pflege-

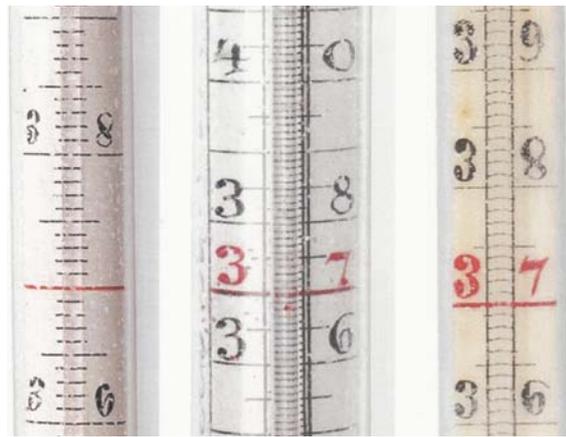


Abb. 3: Verschiedene Markierungen der 37-Grad-Grenze auf Fieberthermometern zwischen 1883 und 1910; Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité (rechts und links) bzw. Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt (Mitte); Fotos: Thomas Bruns

kräfte keine Rolle mehr. Bedeutete die Aushandlung über die Qualität der aufgetretenen Hitze bei den Kranken zuvor, dass sich Arzt und Pflegende gemeinsam, gegebenenfalls auch mit den Kranken, über die subjektiv empfundene, erfüllte Wärme und deren Bedeutung für das Krankheitsgeschehen verständigen mussten (siehe hierzu allgemein STOLBERG 2015), orientierten sich jegliche ärztliche Folgemaßnahmen nun an den dokumentierten Messwerten des Thermometers in den Fieberkurven. Das Erfahrungswissen der Pflegenden in Bezug auf eine diagnostische Aussage durch die taktile Erfassung der Haut des Kranken verschwand aus den Wissensinhalten der Krankenbeobachtung. Im Gegenzug wurde nun die relevante Temperaturgrenze auf dem Messinstrument sichtbar hervorgehoben.

Zudem veränderte sich aufgrund der neu eingeführten Methode des Fiebermessens der Wissenshorizont zwischen Kranken und Pflegenden. Bei der Dokumentation der Werte in der Fieberkurve sollten Pflegende darauf achten, dass der oder die Patientin den erhobenen Wert nicht erfuhr, um ihn oder sie nicht zu beunruhigen (SALZWEDEL 1909, 152 f.). Wissen sollte hier also den Patienten und Patientinnen bewusst vorenthalten werden. Damit wurden die Kranken von dem faktischen Wissen um ihren Zustand ausgeschlossen, das Ergebnis, welches die Anwendung des Thermometers hervorbrachte, verschwiegen und die Schwester oder der Pfleger so zu einer Art Geheimnisträger. Diese ärztliche Forderung erscheint im Anblick der roten Markierung der kritischen Grenze jedoch absurd. Während das Thermometer in der vorgeschriebenen Weise unter der Achsel lag, konnte der Patient die Skala in der Regel einsehen oder diese in sein Gesichtsfeld drehen. Hier kollidierten medizinische Konzepte, die zur Heilungsunterstützung für möglichst wenig Aufregung sorgen wollten, mit der aus ärztlicher Sicht erforder-

lichen Markierung der kritischen Grenze für Pflegende und Laien.

Neben den Veränderungen, bezogen auf die beschriebenen Wissenshorizonte, kam es durch die Nutzung des Fieberthermometers auch zu einer Veränderung und Neuausrichtung der körperlichen Nähe beziehungsweise Distanz zwischen Pflegenden und Gepflegten. Die Nähe zu den Kranken in Form der Berührung des Körpers zur sinnlichen Wahrnehmung der Hitze wurde durch einen mehr technisch ausgerichteten Umgang mit dem Körper der Patienten zur korrekten Platzierung des Instrumentes ersetzt. Damit ging die Verwendung des Instrumentes mit einem Körperkontakt einher, der andere Ziele verfolgte als zuvor und nun mehr dem technischen Ding als der Hinwendung zu den Kranken diene. Gleichzeitig wird jedoch bei manchen Messungen in den Intimbereich des Körpers vorgedrungen, der zuvor bei der Krankenbeobachtung zur Erfassung der Körperwärme nicht berührt wurde: Rektale Messungen wurden von Anfang an bei unruhigen Kranken und Kindern empfohlen, da sie nicht die notwendige Ruhe aufbrachten, um das Thermometer in der Achsel zu halten. Hier ist eine andere körperliche Nähe zwischen Pflegenden und Gepflegten entstanden, die zuvor nicht notwendig war, aber großes Taktgefühl erforderte. Im Anblick des zerbrechlich wirkenden, weil sehr langen und dünnen, zusätzlich noch aus dünnwandigem Glas bestehenden Objektes wird die Bedeutung des korrekten Messwertes noch einmal verstärkt. Einen unruhigen Kranken im Intimbereich zu berühren und ihn zehn Minuten lang zu fixieren, um die Metallspitze am richtigen Ort zu halten, muss für Pflegende in Anbetracht der Fragilität des Objektes eine Herausforderung dargestellt haben, für deren Lösung in den Texten kein Angebot gemacht wurde.

Zusammenfassend ist für das Thermometer festzuhalten, dass sich in der Analyse zahlreiche Aspekte zeigen, die für die pflege- und medizinhistorische Forschung von Interesse sind. Das Objekt wurde als Instrument von Medizinern und für die medizinische Diagnostik entwickelt und in den ersten Jahren ausschließlich von diesen angewendet. Erst nach der Erprobung fand das Medizingding dann – versehen mit einer roten Markierung – den Weg in die Hände der Pflegenden, die das Instrument als erstes Objekt in Bezug auf die Krankenbeobachtung in ihre Alltagspraxis übernahmen. Damit wurde es ab etwa 1870 zu einem Pflegedding. Dabei verdrängte das Objekt das Erfahrungswissen Pflegerinnen zugunsten eines technischen und medizinischen Wissens, das sie nun erlernen mussten. Dabei wurde die hierarchische Ordnung, in der Pflegende eine Stufe unterhalb der Ärzteschaft einnahmen, gefestigt. Auch die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten veränderte sich hin zu einer mehr technisch ausgerichteten Beziehung, in der das Instrument eine Schlüsselrolle einnahm. Zugleich verschob sich durch die Messung auch der Wissenshorizont zwischen Pflegenden und Gepflegten. Die Herausforderungen durch den Umgang mit einem derart fragilen und wegen des Glases

verletzungsanfälligen Instrument für Pflegende werden in den medizinischen Lehrbüchern nicht erwähnt.⁶

Fazit

Bei Thermometern sind es die dünne Hülle aus Glas und die rote Markierung an der Skala, bei Bettpfannen das hohe Gewicht in Anbetracht eines feinfühligem Umgangs mit einer delikaten Situation, bei Spritzenadeln das geringe Gewicht, gepaart mit den Ansprüchen an eine hygienische Handhabung, bei Schnabeltassen ist es die Position des Griffs mit Blick auf den möglichen Nutzer, bei Verbänden die notwendige Fingerfertigkeit für die richtige Versorgung: Objekte sprechen insgesamt eine andere Sprache als die Texte, die über sie berichten, und lenken den Blick auf Aspekte, die in Texten nicht aufscheinen, da diese andere Ziele verfolgen, als die nachträgliche Rekonstruktion der Praktik zu ermöglichen. Pflegerische Praktiken lassen sich mit Objekten wesentlich umfassender rekonstruieren als durch eine reine Textlektüre, selbst wenn das Augenmerk auf Gegenstände gerichtet wird. Zugleich verweisen Objekte darüber hinaus auf die soziale Ordnung sowie die Ausgestaltung und im Vergleich auch die Entwicklung hierarchischer Strukturen.

Literatur

ARTNER, L.; ATZL, I.; DEPNER, A.; HEITMANN-MÖLLER, A.; KOLLEWE, C. (Hg.) 2017. *Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care*. Bielefeld: transcript.

ATZL, I. 2017. Das materiale Erbe der Pflege. Historische Pflegedinge in Sammlungen und Museen und ihr Potential für die (pflege-)historische Forschung. In: ARTNER, L.; ATZL, I.; DEPNER, A.; HEITMANN-MÖLLER, A.; KOLLEWE, C. (Hg.): *Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care*. Bielefeld: transcript, 51–84.

ATZL, I.; ARTNER, L. 2018. Material Care Studies. *European Journal for the History of Nursing* 1 (im Erscheinen).

BRAUNSCHWEIG, S. 2006. *Pflege – Räume, Macht und Alltag*. Basel: Cronos.

D'ANTONIO, P. 2009. Realities of Practice. Day-to-Day Life in an Early 19th Century Insane Asylum. In: HÄHNER-ROMBACH, S. (Hg.): *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart*. Stuttgart: Steiner, 115–132.

DEALAY, C. 2009. Nursing Practice in Relation to Bed Sore Prevention. A Review of the Information Provided in Two Nursing Journals, 1888–1956. In: HÄHNER-ROMBACH, S. (Hg.): *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart*. Stuttgart: Steiner, 225–234.

6 Das Quecksilber als gefährliche Substanz im Instrument zu betrachten, wird hier ausgespart, da dies um 1900 noch nicht als gefährliche Substanz galt. Heutige medizinische Thermometer mit Quecksilber sind erst 2006 im medizinischen Bereich verboten worden.

- DIEFFENBACH, J. F. 1832. *Anleitung zur Krankenwartung*. Berlin: Hirschwald.
- ECKART, W. U.; JÜTTE, R. 2007. *Medizingeschichte. Eine Einführung*. Köln; Weimar; Wien: Böhlau.
- FABER, A. 2015. *Pflegealltag im stationären Bereich zwischen 1880 und 1930*. Stuttgart: Steiner.
- FÜSSEL, M. 2015. Praktiken historisieren. Geschichtswissenschaft und Praxis im Dialog. In: SCHÄFER, F.; DANIEL, A.; HILLEBRAND, F. (Hg.): *Methoden einer Soziologie der Praxis*. Bielefeld: transcript, 267–287.
- GEDIKE, C. E. 1846. *Anleitung zur Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht*. Berlin: Hirschwald.
- GEDIKE, C. E. 1874. *Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der K. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht*, bearbeitet von F. Ravoth. Berlin: Hirschwald.
- HÄHNER-ROMBACH, S. (Hg.) 2008. *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- HÄHNER-ROMBACH, S. (Hg.) 2009. *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart*. Stuttgart: Steiner.
- HESS, V. 2000. *Der wohltemperierte Mensch. Wissenschaft und Alltag des Fiebertmessens 1850–1900*. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- KEIL, M. 2017. *Zur Lage der Kranken. Zur Untersuchung des Bettes*. Berlin. Doi: 10.18452/18610.
- KOLLEWE, C., HEITMANN-MÖLLER, A.; DEPNER, A.; ATZL, I.; ARTNER, L. 2017. Pflegedinge – Materialitäten in Pflege und Care. Theoretischer Rahmen und interdisziplinärer Ansatz. In: ARTNER, L.; ATZL, I.; DEPNER, A.; HEITMANN-MÖLLER, A.; KOLLEWE, C. (Hg.): *Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care*. Bielefeld: transcript, 15–45.
- KRÜGELSTEIN, F. C. K. 1807. *Handbuch der allgemeinen Krankenpflege*. Erfurt: Henning.
- LYONS, A. S.; PERUCELLI, R. J. (Hg.) 2003. *Die Geschichte der Medizin im Spiegel der Kunst*. Köln: Dumont.
- RECKWITZ, A. 2003. Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie* 32: 282–301.
- RECKWITZ, A. 2008. Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. In: RECKWITZ, A. (Hg.): *Unscharfe Grenzen. Perspektiven einer Kulturosoziologie*, Bielefeld: transcript, 97–130.
- RIEDEL, O. 1889. *Leitfaden der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwartschule des Königlichen Charité-Krankenhauses*. Berlin: Hirschwald.
- ROTH, S. 2009. „Ein Gram Thorheit“. Grenzlinsen der Berufskrankenpflege zu Selbsthilfe und Naturheilmethoden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: BRAUNSCHWEIG, S. (Hg.): *Pflege – Räume, Macht und Alltag*. Basel: Cronos, 39–48.
- SALZWEDEL, R. 1896. *Leitfaden der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwartschule des Kgl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht*. Berlin: Hirschwald.
- SALZWEDEL, R. 1904. *Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwartschule des Kgl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht*. Berlin: Hirschwald.
- SALZWEDEL, R. 1909. *Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauch für Krankenpflegeschulen sowie zum Selbstunterricht*. Berlin: Hirschwald.
- SANDELOWSKI, M. 2000. *Devices and Desires. Gender, Technology and American Nursing*. Chapel Hill u. a.: The University of North Carolina Press.
- SCHATZKI, T. (Hg.) 2001. *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.
- STÖLZLE, A. 2013. *Kriegsrankenpflege im Ersten Weltkrieg. Das Pflegepersonal der freiwilligen Krankenpflege in den Etappen des Deutschen Kaiserreichs*. Stuttgart: Steiner.
- STOLBERG, M. 2015. Kommunikative Praktiken. Ärztliche Wissensvermittlung am Krankenbett im 16. Jahrhundert. In: BRENDENCKE, A. (Hg.): *Praktiken der Frühen Neuzeit. Handlungen – Akteure – Artefakte*. Wien; Köln; Weimar: Böhlau, 111–121.
- THIEKÖTTER, A.; RECKEN, H.; SCHOSKA, M.; ULMER, E.-M. (Hg.) 2009. *Alltag in der Pflege. Wie machten sich Pflegenden bemerkbar?* Frankfurt am Main: Mabuse.
- VEYNE, P. 1992. *Foucault. Die Revolutionierung der Geschichte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- WOLFF, H.-P.; WOLFF, J. 2008. *Krankenpflege. Einführung in das Studium ihrer Geschichte*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- WUNDERLICH, C. A. 1870. *Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten*, Leipzig: Otto Wigand.

Zur Autorin

Isabel Atzl ist Stipendiatin des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart. Sie ist Krankenschwester mit mehrjähriger Berufserfahrung und studierte an der Humboldt-Universität Berlin Geschichte und Philosophie (Magisterabschluss 2009). Seit 2004 arbeitet sie freiberuflich als Ausstellungskuratorin ebenso wie in wissenschaftlichen Forschungsprojekten.

Kontakt
Isabel Atzl M.A.
 Institut für Geschichte der Medizin
 der Robert-Bosch-Stiftung
 Straußweg 17, 70184 Stuttgart
 mail[at]isabelatzl.de