

# VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 19

Schwerpunkt: Objekte als Quellen der Medizingeschichte

Herausgegeben von

Fritz Dross, Elisabeth Lobenwein, Marion Ruisinger,  
Alois Unterkircher

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2020



---

Karen Nolte

# **Schröpfkopf, Spritze und „stumme Schwester“ – „Hybride Objekte“ und „Grenzobjekte“ zwischen Pflege und Medizin**

---

## **English Title**

Cupping Glass, Syringe and “Silent Nurse” – “Hybrid Objects” and “Boundary Objects” between Nursing Care and Medicine

## **Summary**

The paper aims to show how an object-centred approach to the history of nursing can help to provide a new perspective on the historical development of the professionalisation of nursing and its demarcation from both the medical profession and non-professional care. Nursing practices and the material objects closely related to them are analysed in their historical context. We analyse in particular such objects that were used not only by professional nurses but also in home care by family members or caregivers and doctors.

Indeed, the investigation of the objects and the practices linked to them enables us to show that professional nursing distinguished itself from non-professional care not necessarily through specific nursing objects but through the use of them. Furthermore, professional nurses always took on tasks that belonged to the physicians’ domain without receiving clear instructions as to their authority. While nurses were trained more thoroughly than doctors in handling these objects, the practices were both legally and in practice defined as doctors’ tasks.

## **Keywords**

Nursing, Artefacts, Boundary Objects, Professionalisation, Practices, Material Culture, 19<sup>th</sup> Century, 20<sup>th</sup> Century

Während die Objekte Stethoskop und weißer Kittel eindeutig mit dem Arztberuf assoziiert werden, ist es analog bei Pflege nicht so einfach, die „Pflegedinge“ schlechthin zu identifizieren. Die Objekte, deren Handhabung in historischen Krankenpflegelehrbüchern beschrieben wurde, sind nämlich gleichermaßen den Bereichen der professionellen Pflege wie der Selbstpflege, der Pflege durch Familienangehörige oder auch dem ärztlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen. Margarete Sandelowski spricht in ihrer für die objektzentrierte Pflegegeschichtsforschung grundlegenden Monografie „Devices & Desires“ daher von „hybrid practices“, da so viele Praktiken nicht eindeutig der Pflege zuzuordnen seien.<sup>1</sup> Die Autorin nähert sich den Pflegedingen mit einer technik- und geschlechterhistorischen Fragestellung an. Sie interessiert sich besonders für die Objekte, die sowohl durch die Hände von Pflegenden als auch Ärzt\*innen gingen. Sie arbeitet insbesondere die Auswirkungen der Technisierung von Medizin auf die Pflege heraus: Im Sinne der „Science and Technology Studies“ analysiert sie die Mensch-Maschine-Beziehung. Neue Medizintechnik – so Sandelowski – erlaubte es Pflegenden, Expert\*innen für den Umgang mit spezifischer Technik zu werden und so das Terrain zwischen „care and cure“, zwischen „sympathy and skill“ zu durchschreiten, ohne sich eindeutig auf der einen oder anderen Seite positionieren zu müssen. Der souveräne Umgang mit Technik sei keineswegs als Widerspruch zur fürsorglichen Praxis in der Pflege wahrgenommen worden – in dieser Zeit hätten amerikanische Krankenschwestern bewusst die Zuwendung zu Patient\*innen thematisiert, die sie als „tender loving care“ reformulierten.<sup>2</sup>

Grundlegend für die objektzentrierte Forschung dieses Beitrags sind ferner die Arbeiten der BMBF-Forschungsgruppe „Die Pflege der Dinge“.<sup>3</sup> Die Historikerin Isabel Atzl hat sich besonders mit dem Handling, der Materialität und Funktionalität der täglichen Dinge des Pflegens auseinandergesetzt und auf diese Weise Routinen in der Pflegepraxis historisch rekonstruiert, die aufgrund ihrer Selbstverständlichkeit der sich ständig wiederholenden Praktiken nicht schriftlich fixiert und daher nicht überliefert wurden.<sup>4</sup>

In Anlehnung an Sandelowski sollen im Folgenden Objekte, die zwischen professioneller und nichtprofessioneller Pflege, zwischen Pflege und Medizin anzusiedeln sind, als „hybride Objekte“ verstanden werden. Auch das theoretische Konzept des „Grenzobjekts“ (boundary object) nach Star / Griesemer ist nützlich für die Betrachtung von Objekten, die zwischen Pflege und Medizin anzusiedeln sind: Objekte – im abstrakten aber auch im konkreten materiellen Sinne – werden demzufolge dann zu Grenzobjekten, wenn sie der Kommunikation, der Kooperation, der Überwindung von Grenzen zwischen zwei Welten respektive sozialen Sphären dienen.<sup>5</sup>

Die Pflegehistorikerin Isabel Atzl hat sich bereits mit einem Ding beschäftigt, das ich als „hybrides Objekt“ charakterisieren würde, dem Fieberthermometer: Sie hat herausgearbeitet, wie die Praxis des Fühlens der Körperwärme in die ärztliche Praxis des Messens der Körper-

1 Margarete SANDELOWSKI, *Devices & Desires. Gender, Technology, and American Nursing* (Chapel Hill–London 2000), 177.

2 Ebd., 177–179.

3 Lucia ARTNER u. a., Hg., *Pflegedinge. Materialitäten in Pflege und Care* (= Kultur und soziale Praxis, Bielefeld 2017).

4 Vgl. Isabel ATZL, *Pflegedinge und Pflegealltag im Krankenhaus*, in: *Historia Hospitalium* 30 (2017), 113–138.

5 Vgl. Susan L. STAR / James R. GRIESEMER, *Institutional Ecology, ‘Translations’ and Boundary Objects. Amateurs and Professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39*, in: *Social Studies of Science* 19/3 (1989), 387–420.

temperatur übergang; und wie das Fieberthermometer dann in den 1880er Jahren wieder ein Instrument wurde, das Pflegende in ihrer täglichen Routine einsetzten. Die rote Markierung auf der Skala des Thermometers bei 37 Grad wurde genau in dieser Zeit des Wandels aufgedruckt, um dieses Instrument auch für die Selbstpflege zugänglich zu machen.<sup>6</sup>

In den folgenden Ausführungen soll durch die Analyse von Objekten und den mit ihnen verbundenen Praktiken zunächst herausgearbeitet werden, worin in der jeweiligen Zeit professionelles Handeln von Pflegenden bestand. Somit kann eine neue Perspektive auf die Geschichte der Verberuflichung der Krankenpflege in Deutschland gerichtet werden, indem ihre Praktiken und die dafür gebrauchten Dinge historisch untersucht werden. Den historischen Kontext der Praktiken bieten Forschungsarbeiten zur Alltags- und Sozialgeschichte der Krankenpflege, die in den letzten zwanzig Jahren den Fokus auf die Verberuflichung der Krankenpflege<sup>7</sup> und auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Pflegenden<sup>8</sup> gelegt haben.

Methodisch basiert dieser Artikel auf praxistheoretischen und -historischen Ansätzen, die davon ausgehen, dass Objekten und Praktiken Wissen implizit ist. Demzufolge ist es Ziel der Untersuchung materialer Kultur, dieses „tacit knowledge“ freizulegen.<sup>9</sup> Als wesentliche Quellenbasis außer den Objekten selbst dienen vor allem Krankenpflegelehrbücher und Krankenpflegezeitschriften,<sup>10</sup> ergänzend auch Herstellerkataloge.

- 
- 6 Isabel ATZL, Das materielle Erbe der Pflege. Historische Pflegedinge in Sammlungen und Museen und ihr Potential für die (pflege-)historische Forschung, in: Lucia Artner u. a., Hg., Pflegedinge, wie Anm. 3, 51–84, hier 74–78.
- 7 Vgl. Eva HUMMEL: Krankenpflege im Umbruch (1876–1914). Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung „Krankenpflege“ (= Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte 14, Freiburg i. Br. 1986); Christoph SCHWEICKARDT, Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik (München 2008); Susanne KREUTZER, Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945 (Frankfurt am Main–New York 2005).
- 8 Vgl. für das 19. Jahrhundert u. a. Traudel WEBER-REICH, „Wir sind die Pionierinnen der Pflege ...“. Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen (Göttingen 2003); Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Hg., Alltag in der Krankenpflege (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte 32, Stuttgart 2009); Anja FABER, Pflegealltag im stationären Bereich zwischen 1880 und 1930 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte 53, Stuttgart 2015); Karen NOLTE, Protestant Nursing Care in Germany in the 19<sup>th</sup> Century. Concepts and Social Practice, in: Patricia D’Antonio / Julie A. Fairman / Jean C. Whelan, Hg., Routledge Handbook on the Global History of Nursing (New York 2013), 167–182; Karen NOLTE, Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Medizin, Krankenpflege und Religion (Göttingen 2016); Karen NOLTE, Sorge für Leib und Seele. Krankenpflege im 19. und 20. Jahrhundert, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Hg., Pflege. Praxis – Geschichte – Politik (= bpb Schriftenreihe 10497, Bonn 2020), 120–132; vgl. für das 20. Jahrhundert: Susanne KREUTZER, Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen, 1945–1980 (= Pflegewissenschaft und Pflegebildung 6, Göttingen 2014); Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH / Pierre PFÜTSCH, Hg., Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945. Ein Lehr- und Studienbuch (Frankfurt am Main 2018).
- 9 Zur Praxistheorie vgl. Andreas RECKWITZ, Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive, in: Zeitschrift für Soziologie 32 (2003), 282–301. Zur geschichtswissenschaftlichen Rezeption: Marian FÜSSEL, Praktiken historisieren. Geschichtswissenschaft und Praxis im Dialog, in: Frank Schäfer / Anna Daniel / Frank Hillebrand, Hg., Methoden einer Soziologie der Praxis (Bielefeld 2015), 267–287.
- 10 Die Agnes-Karll-Schwester, Die Deutsche Schwesternzeitung; Die Schwester (ab 1974 Die Schwester / Der Pfleger).

## Schröpfkopf und Schröpfschnäpper: Pflege oder „kleine Chirurgie“?

Das trockene und blutige Schröpfen war zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch eine Tätigkeit, die von Badern und Handwerkschirurgen auf Anordnung eines studierten Arztes<sup>11</sup> ausgeführt werden sollte. Folgt man der Anleitung zur Krankenwartung Johann Friedrich Dieffenbachs, Chirurg und Leiter der Krankenwarschule an der Berliner Charité, so sollte sich die Mitarbeit der Pflegenden beim Schröpfen und Blutegelsetzen auf die Vorbereitung und Assistenz beschränken.<sup>12</sup> In der 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf gegründeten Diakonissenanstalt wurde an den durch ärztliche Lehrbücher der Zeit definierten Grenzen der Kompetenz Pflegender nicht halt gemacht. In dem handschriftlichen Unterrichtsmanuskript mit dem Titel „Medicinischer Cursus“ heißt es:

„Es muss hier von der Überzeugung ausgegangen werden, daß eine Krankenpflegerin, welche ihren schönen Beruf von dem rechten Gesichtspunkte betrachtet, nicht zuviel lernen kann; u. daß sie keinen Mißbrauch von dem ihr vorliegenden Wissen machen wird, das nach gewöhnlichem Urtheil für sie überflüssig seyn könnte. Sie, die sie in ihrem Amte nichts Anderes sucht als eine Gelegenheit ihre Liebe für ihren Herrn zu beweisen, kann sich dem Vorwurfe nicht aussetzen mit halbärztlichem Wissen sich geltend machen zu wollen, durch eigenmächtiges, willkürliches Verfahren, der Wirksamkeit des Arztes hindernd entgegen zu treten, sich an seine Stelle zu setzen, wo keine Noth dazu vorhanden ist ...“<sup>13</sup>

In Kaiserswerth ging man also davon aus, dass das höhere religiös begründete Ziel der Krankenpflege von Diakonissen ausschloss, dass diese Pflegenden den Ärzten Konkurrenz machten. Nicht nur, dass die Begrenzung des Wissens für Pflegende in Frage gestellt wurde, interessant ist zudem die Anmerkung nach der Versicherung, dass keine Diakonisse sich an die Stelle eines Arztes setzen würde. Dieser Feststellung folgt eine Einschränkung, indem es heißt: „wo keine Noth vorhanden ist.“ Mit der Begründung, dass für den Notfall Krankenpflegerinnen mit einem erweiterten Wissen und auch praktischen Fertigkeiten ausgestattet werden sollten, wurden, folgt man dem „Medicinischen Cursus“ im Weiteren, Diakonissen in der sogenannten kleinen Chirurgie mit Ausnahme des venösen Aderlasses unterwiesen: Diese umfasste kleine Eingriffe, therapeutische Maßnahmen, die im Sinne der Humoralpathologie der Ableitung von Krankheitsstoffen dienen sollten. In dem Abschnitt zum Schröpfen heißt es:

„Gewöhnlich erstreckt sich das Amt der Krankenpflege bei dieser kleinen Operation nur auf die gehörige Vorbereitung und die Hülfeleistung dabei; welche sehr einfach sind (erwärmtes Zimmer im Winter, 2 Gefäße mit warmem Wasser, ein Licht und Tücher). Wird hingegen dieses chirurgische Heilmittel von der Pflegerin selbst in Anwendung gebracht, so muß sie mit dem Verfahren bekannt seyn und es eingeübt haben.“<sup>14</sup>

11 In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sind es ausschließlich Männer, die die Möglichkeit hatten, den Beruf des Arztes zu ergreifen, daher wird in diesem Abschnitt und, wenn von dieser Zeit die Rede ist, für Ärzte ausschließlich die männliche Form verwendet. Dies gilt auch für Bader und Handwerkschirurgen.

12 Vgl. Johann Friedrich DIEFFENBACH, Anleitung zur Krankenwartung (Berlin 1832), 158–174.

13 Medicinischer Cursus, Heft I, Archiv der Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth (= AFKSK) Rep.II: Fd.

14 Ebd., Heft II, AFKSK, Rep.II: Fd.

Dass Diakonissen in der Praxis tatsächlich schröpften und auch Blutegel setzten, lässt sich aus einem Brief der Diakonisse Schwester Mathilde ersehen, die 1851 aus der Gemeindepflege in Kleve berichtete: „In der Gemeinde sind einige wieder genesen, andere wieder erkrankt, u. meist an Lungenentzündung. Ich habe viel zu Schröpfen u. Blutegel zu setzen.“<sup>15</sup> Auch Schwester Dorothee und Schwester Lisette berichteten davon, dass sie in ihrer Gemeinde viel mit Schröpfen und Blutegel setzen zu tun gehabt hätten. Im Bereich der „kleinen Chirurgie“, den Ärzte bemüht waren, aus dem Kompetenzbereich der Pflege herauszuhalten, waren Diakonissen also selbstverständlich tätig.

Bereits in späteren Krankenpflegelehrbüchern ist zu lesen, dass das Schröpfen zu den Aufgaben von Pflegenden gehörte.<sup>16</sup> Während Johann Friedrich Dieffenbach in seiner Anleitung zur Krankenwartung noch betonte, dass das Setzen von „Blutigeln“ keineswegs Pflegenden anzuvertrauen sei,<sup>17</sup> wird später in Krankenpflegebüchern selbstverständlich der Einsatz des Schröpfschnäppers – der künstliche Blutegel – und das Ansetzen von Blutegeln beschrieben. Schröpfköpfe aus Glas, Schröpfschnäpper aus Messing und eine Spirituslampe zum Erhitzen der Schröpfköpfe gehörten zu den Dingen, mit denen Pflegende im 19. und frühen 20. Jahrhundert täglich hantierten.<sup>18</sup> Den Kaiserswerther Diakonissen wurde das Schröpfen wie folgt vermittelt:

„Das Schröpfen besteht in der oberflächlichen Verletzung der Haut vermittelt eines eigenen Instrumentes, Schröpfschnäpper (scarificateur), welches durch Loslassen einer Feder eine Anzahl Messerchen durch die Haut schnellen macht, nachdem vorher durch Ansetzen eines kleinen Glases (Schröpfkopf ventouse), indem die Luft durch Wärme verdünnt worden, die Haut etwas in die Höhe gezogen u. den Andrang des Blutes befördert worden ist; die Blutung wird dabei durch Wiederaufsetzen des Glases unter denselben Verhältnissen einige Zeit befördert.“<sup>19</sup>

In dem handschriftlichen Unterrichtsmanuskript zur Ausbildung von Diakonissen für die Pflege wird die Handhabung und Funktion des Schröpfschnäppers und das Aufsetzen des Schröpfkopfes aus Glas so beschrieben, dass das blutige Schröpfen ohne Weiteres in der Pflege angewendet werden konnte und somit der Wundarzt oder Bader verzichtbar wurde.

15 Ebd.

16 Robert EBERLE / Ludwig PFEIFFER, Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegesulen, für Ärzte, Schwestern und für die Familie (Weimar 1929), 122–124; Rudolf SALZWEDEL, Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauch für die Krankenwarschule des Kgl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht (Berlin 9/1909), 220–224.

17 DIEFFENBACH, Anleitung, wie Anm. 12, 164.

18 Vgl. Carl Emil GEDIKE, Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der K. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht (Berlin 1854), 100–105; vgl. Paul RUPPRECHT, Die Krankenpflege im Frieden und im Kriege. Zum Gebrauche für Jedermann insbesondere für Pflegerinnen, Pfleger und Ärzte (Leipzig 1898), 81; SALZWEDEL, Handbuch, wie Anm. 16, 220–224; Paul RUPPRECHT, Krankenpflege im Frieden und im Kriege. Zum Gebrauche für Jedermann insbesondere für Pflegerinnen, Pfleger und Ärzte (Leipzig 1914), 84–86; MEDIZINALABTEILUNG DES KÖNIGLICH PREUSSISCHEN MINISTERIUMS DES INNERN, Hg., Krankenpflegelehrbuch (Berlin 1913), 143–146; REICHS- UND PREUSSISCHES MINISTERIUM DES INNERN, Hg., Krankenpflegelehrbuch (Leipzig 1937), 202–205.

19 Medicinischer Cursus, Heft II, AFKSK, Rep.II: Fd.

Während im 19. Jahrhundert geschröpft wurde, um Krankheitsstoffe abzuleiten, beschrieb Liliane Juchli<sup>20</sup> in ihrem Lehrbuch zur Krankenpflege in den 1970er Jahren das Schröpfen als heilsamen „mechanischen Reiz“, durch den eine Hyperämie entstehe, die sich „auch in der Tiefe günstig“ auswirke. Diese „Reiztherapie“ komme bei der Entzündung des Brustfells und der Lunge zur Anwendung. Durch den Reiz, den das Schröpfen auslöse, würde die Durchblutung gefördert und so Bakterien und Giftstoffe schneller abtransportiert. Juchli übersetzte die aus der Humoralpathologie stammende therapeutische Maßnahme in ein naturwissenschaftlich fundiertes Erklärungsmodell und legitimierte so die Pflegehandlung des Schröpfens im Kontext naturwissenschaftlich fundierter Medizin.<sup>21</sup>



Abb. 1: Schulschwester der Schule für Psychiatriepflege Liestal in der Schweiz zeigt das Schröpfen, um 1970 (Fotograf\*in: Unbekannt | Archiv: Büro für Sozialgeschichte Basel)

- 
- 20 Mit dem Pflege-Lehrbuch von Liliane Juchli wurden/werden seit den 1970er Jahren Generationen von Pflegefachkräften im deutschsprachigen, holländischen und italienischen Sprachraum ausgebildet. Seit 2012 erscheint das Lehrbuch unter Susanne SCHEWIOR-POPP, Hg., *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. Begründet von Liliane Juchli (Stuttgart 2012). Liliane Juchli (\*1933) ist eine Schweizer Krankenschwester, Schwester im Orden der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz (Ingenbohrer Schwestern) und Fachlehrerin für Krankenpflege. Mit ihrem Namen eng verbunden ist das an der antiken Diätetik und das amerikanische Konzept der Grundbedürfnisse angelehnte Modell der „Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)“, mit dem sie seit der vierten Auflage ihres Lehrbuchs im Jahr 1983 eine patientenorientierte und ganzheitliche Pflege einforderte, vgl. auch Trudi von FELLEBERG-BITZI, *Liliane Juchli – Ein Leben für die Pflege* (Stuttgart 2013); Liliane JUCHLI, *Ein Zeitdokument der Pflege* (Dietzenbach 1998).
- 21 Liliane JUCHLI, *Umfassende Krankenpflege* (Stuttgart 1971), 85.



Zum Schröpfen benötigten Schwestern auch in den 1970er Jahren noch Schröpfköpfe aus Glas, heißes Wasser zum Erwärmen der Gläser, einen Watteträger mit Alkohol, um mit der Flamme in diesen einen Unterdruck zu erzeugen. Blutiges Schröpfen mit Skarifikation war nicht mehr üblich. Schröpfköpfe und Schröpfschnäpper, ehemals Objekte nichtakademischer Chirurgen, Wundärzte und Bader, wurden im 19. Jahrhundert zu Objekten von Pflegenden und ihre Handhabung zu einer Pflegepraktik, die bis Ende der 1970er Jahre Teil der Pflegeausbildung blieb. Die Ausführungen der Schröpfköpfe variierten vom einfachen bauchigen Glas mit geschwungenem Rand, das für den Unterdruck erwärmt werden musste, bis zum Glas mit angebauter Spritze oder Gummiblase: Mit beidem konnte durch Ziehen des Kolbens der Spritze und Zusammendrücken der Gummiblase ein Unterdruck erzeugt und so das unangenehme heiße Brennen des Glasrands auf der Haut vermieden werden.<sup>22</sup>

## Objekte zwischen Haushalt und professioneller Pflege

Im 19. Jahrhundert begann zwar die systematische Ausbildung von Krankenpflegenden in der Kaiserswerther Diakonissenanstalt sowie in anderen Schwesternschaften und vereinzelt in den von Ärzten eingerichteten Krankenwarschulen.<sup>23</sup> Trotz der nach damaligem Stand der Medizin sehr gründlichen Ausbildung in der Leibspflege behielt die Pflege in ihrer Konzeption als weibliche Tätigkeit stets die Nähe zur Hausarbeit, wie die Soziologin Iona Ostner in ihren Überlegungen zum Pflegeberuf und dem „weiblichen Arbeitsvermögen“ herausgestellt hat.<sup>24</sup> Auf die Nähe von Pflege zur Haus- und Familienarbeit verweisen auch die Titel der Krankenpflegelehrbücher, die sehr häufig im Untertitel deutlich machen, dass das Lehrbuch auch für den Gebrauch in der Familie respektive für „Jedermann“ gedacht sei.<sup>25</sup> Nähe und Abgrenzung zum quasi-natürlichen weiblichen Vermögen, Kranke zu pflegen, zeigen sich sehr deutlich in den Praktiken mit Objekten. Zwei Beispiele möchte ich an dieser Stelle herausgreifen: die Wärmflasche und das Leintuch respektive das Bettlaken.

### Wärmflasche

Die Wärmflasche ist ein Objekt, das zu Beginn des 20. Jahrhunderts in keinem Gesundheitsratgeber für verheiratete Frauen fehlte und mit weiblicher Fürsorge assoziiert wurde.<sup>26</sup> Gleich-

---

22 Ein Blick in Liliane JUCHLI, *Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch* (Stuttgart 1979) verrät, dass Ende der 1970er Jahre das Schröpfen bereits nicht mehr zu den gängigen Pflegepraktiken gehörte, die in der Ausbildung vermittelt wurden.

23 Vgl. NOLTE, *Protestant Nursing*, wie Anm. 8; HUMMEL, *Krankenpflege*, wie Anm. 7.

24 Vgl. Iona OSTNER, „Weibliches Arbeitsvermögen“ und soziale Differenzierung, in: *Leviathan* 19/2 (1991), 192–207.

25 Vgl. u. a. Theodor BILLROTH, *Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale. Ein Handbuch für Familien und Krankenpflegerinnen* (Wien 1881); Paul RUPPRECHT, *Die Krankenpflege*, 1898, wie Anm. 18; EBERLE / PFEIFFER, *Taschenbuch*, wie Anm. 16. Daneben gibt es noch Bücher, die sich explizit an die in den Familien pflegenden Personen ohne pflegerische Ausbildung wenden, vgl. z. B. F. KIESEWETTER, *Die Krankenpflege in der Familie* (Berlin 1898).

26 Vgl. Anna FISCHER-DÜCKELMANN, *Die Frau als Hausärztin. Ein ärztliches Nachschlagebuch* (München 1920), 514, 864; Jenny SPRINGER, *Die Ärztin im Hause* (Dresden 1920), 1017; Bella MÜLLER, *Die Familienärztin. Ein ärztliches Nachschlagebuch* (München 1925), 271–272, 279.



wohl findet man die Wärmflasche, auch Bettflasche oder Bauchflasche genannt, die in jedem Haushalt vorhanden war, in allen Lehrbüchern der Krankenpflege als Objekt, das Pflegende zur Schmerzlinderung und zur Steigerung des Wohlbefindens ihrer Pfleglinge einsetzen sollten. Diese Objekte konnten aus Zinn, Kupfer oder Gummi gefertigt sein. Je nach Anwendungsgebiet am Körper waren sie unterschiedlich ergonomisch geformt. Die am weitesten verbreitete Form war die oval aus Kupfer oder Zinn geformte oder buchstäblich wie eine Flasche aus Keramik hergestellte „Bettflasche“, die dazu diente, Bett und Füße zu wärmen. Die Bauchflasche war entweder aus Gummi oder aus Zinn gefertigt, Letztere war flach und an die Rundung des Bauches angepasst.<sup>27</sup> Wurde im 19. Jahrhundert Wärme ebenfalls die therapeutische Wirkung zugeschrieben, Krankheitsstoffe durch Schwitzen aus dem Körper zu treiben, erklärte die Fachlehrerin für Krankenpflege Liliane Juchli aus der Schweiz in den frühen 1970ern, dass der Einsatz von Wärme dazu führe, den Stoffwechsel zu verbessern und den Abtransport von Bakterien und ihrer Gifte zu befördern. Die fachliche Erklärung der Wirkung und somit die spezifische Handhabung der Wärmflasche lässt das haushaltsnahe Objekt zu einem Ding professioneller Pflege werden.<sup>28</sup> Diese Transformation lässt sich noch deutlicher am Beispiel des Leintuchs respektive Bettlakens zeigen.

## Bettlaken, Leintuch

Das Leintuch ist – so meine These – ein zentrales Pflegeding für das moderne Verständnis von professioneller Pflege, welches sich im 19. Jahrhundert herausbildete. Denn die richtige Handhabung des Leintuchs im Krankenbett kann man, wenn man die Handbücher zur Krankenwartung respektive -pflege aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert durchsieht, als eine zentrale Praktik charakterisieren, durch die in Schwesternschaften ausgebildete Pflegerinnen sich von den nicht formal ausgebildeten Lohnwärt\*innen und Hausfrauen unterschieden.

Die richtige Handhabung des Leintuchs hing ganz wesentlich mit der Aufgabe Pflegender zusammen, einen „Brand“, wie das Wundliegen respektive der Dekubitus im frühen 19. Jahrhundert genannt wurde, zu verhüten. Erstmals 1814 hatte der Pariser Chirurg Alexis Boyer, der seine Karriere als handwerklich ausgebildeter Barbier begonnen hatte, in seiner zweibändigen „*Traité des maladies chirurgicales*“ die Ursachen des Wundliegens beschrieben. 1818 wurde das Werk von dem Würzburger Chirurgen<sup>29</sup> Cajetan Textor ins Deutsche übersetzt. Er beschrieb die Entstehung des „Brands“ wie folgt:

„Der nämlichen Ursache muß man die Brandschorfe zuschreiben, welche sich an erhabenen Stellen des Körpers bilden, auf welchen die Kranken lange Zeit liegen, dahin gehören die Schorfe, welche man bey lange dauernden Fiebern, an der hinteren Seite des Beckens entstehen sieht. Sie sind wirklich durch den lange andauernden Druck hervorgebracht, zu welchem sich jedoch die Krankheitsursache gesellen kann [...]“<sup>30</sup>

27 Vgl. RUPPRECHT, *Krankenpflege*, 1898, wie Anm. 18, 105; SALZWEDEL, *Handbuch*, wie Anm. 16, 195–196.

28 JUCHLI, *Umfassende Krankenpflege*, wie Anm. 21, 72.

29 Hier und später wird die männliche Form verwendet, da dieser Beruf bis weit ins 20. Jahrhundert bis auf wenige Ausnahmen männlich war.

30 In deutscher Übersetzung, vgl. Cajetan TEXTOR, *Abhandlung über die chirurgischen Krankheiten und über die dabey angezeigten Operationen* (Würzburg 1818), 109.

Die Erkenntnis Boyers, dass langes Liegen und die entstehenden „Brandschorfe“ kausal zusammenhängen, hielt sehr schnell Einzug in die pflegerische Praxis, wie ein Blick in die Krankenpflegelehrbücher Mitte des 19. Jahrhunderts verrät.<sup>31</sup> Noch in der bekannten Schrift des Heidelberger Arztes Franz Anton May „Unterricht für Krankenwärter“ von 1784 ist weder vom Wundliegen noch von entsprechenden Maßnahmen zur Verhütung desselben die Rede.<sup>32</sup> Der Göttinger Arzt und Professor der Medizin Karl Heinrich Friedrich Marx griff bereits in seiner 1827 publizierten Schrift zur medizinischen Sterbebegleitung in dem Teil, in dem es um die Krankenwartung Todkranker ging, die Erkenntnisse Boyers auf und benannte die Verhütung des „Durchliegens“ bereits als zentrale Aufgabe Pflegender.<sup>33</sup> Das sorgfältige Anziehen respektive das Straffziehen des Leintuchs wird sehr bald in den Lehrbüchern des 19. Jahrhunderts als wichtige Fertigkeit im Detail beschrieben, die Pflegende zur Verhütung des Wundliegens zu erlernen hatten. 1881 verfasste der berühmte Chirurg Theodor Billroth ein Lehrbuch für die Ausbildung von Krankenschwestern im Rudolfinerhaus in Wien.<sup>34</sup> Der „Verhütung des Durchliegens“ wurde ein wichtiger Stellenwert in der Ausbildung von Krankenschwestern beigemessen:

„Zur Erleichterung dauernden Liegens und zur Verhütung des Durchliegens gibt es manche praktisch bewährte Maßregeln. Vor Allem muß das Leintuch sorgfältig angezogen und festgesteckt werden, damit es keine Falten macht. Das Glattziehen und Glattstreichen des Leintuchs muß mehrere Male am Tage bewerkstelligt werden; kann sich der Kranke, ohne daß es ihn anstrengt, etwas heben [...], so kann eine Person ganz gut das Leintuch glatt ziehen, erst auf der einen, dann auf der anderen Seite. Ist der Kranke zu schwach, um sich zu heben, dann müssen zwei Personen zu gleicher Zeit von beiden Seiten, dann auch von oben und von unten das Leintuch anziehen; das muß langsam und gleichmäßig und mehrere Male hintereinander geschehen. Die Leintücher müssen dazu fest und stark sein; sehr feine und alte Leintücher würden dabei zerreißen.“<sup>35</sup>

Theodor Billroth beschreibt neben der Technik des „Anziehens“ auch die notwendige materielle Beschaffenheit des Leintuchs. In dem wenig später in der ersten Auflage erschienenen Lehrbuch für Pflegende des Arztes der Dresdner Diakonissenanstalt Paul Rupprecht wird das Straffziehen des Leintuchs sogar in Text und Bild (Abb. 2) ausführlich dargestellt:

„Es sieht immer sehr unordentlich aus und begünstigt das ‚Durchliegen‘ sehr, wenn das Bettuch nicht straff und glatt ist, sondern faltig und zusammengeschoben. Sobald man den Missetand bemerkt, soll man sofort das Bettuch ringsum straff ziehen und unter die Matratze stopfen, nötigenfalls mit Sicherheitsnadeln feststecken. Manchmal muß dabei an jeder Seite des Bettes eine Helferin das Bettuch anfassen und straff ziehen.“<sup>36</sup>

31 Vgl. GEDIKE, Handbuch, wie Anm. 18, 28–29.

32 Vgl. Franz Anton MAY, Unterricht für Krankenwärter, zum Gebrauche öffentlicher Vorlesungen (Mannheim 1784).

33 Karl F. H. MARX, Ueber Euthanasie (Berlin 1827), 8.

34 Vgl. Irene MESSNER, Geschichte der Pflege (Wien 2017), 124–126. Theodor Billroth übernahm 1882 die Leitung des Rudolfinerhauses in Wien, in dem Krankenschwestern schon in dieser Zeit drei Jahre lang ausgebildet wurden. Daher galten die „Rudolfinerinnen“ als ausgezeichnet qualifizierte Krankenschwestern.

35 BILLROTH, Krankenpflege, wie Anm. 25, 48.

36 RUPPRECHT, Krankenpflege, 1898, wie Anm. 18, 35; zum Glattziehen des Lakens als Decubitusprophylaxe vgl. auch MEDIZINALABTEILUNG, Krankenpflegelehrbuch, wie Anm. 18, 59.



Abb. 2: Paul RUPPRECHT, Krankenpflege (Leipzig 1916), 54

Der Arzt stellt in einer späteren Auflage seines Lehrbuchs auch die Technik des Straffziehens durch das Einlegen von jeweils einem Holzbrett am Kopf- und Fußende dar.<sup>37</sup> Der Dekubitus – so Rupprecht im Weiteren – sei für die „pflegende Schwester [...] immer ein Vorwurf“, war sie doch ihrer Pflicht, das Leintuch faltenfrei zu halten und der regelmäßigen Beobachtung der gefährdeten Körperpartien nicht nachgekommen.<sup>38</sup> Zusätzlich zum regelmäßigen Straffziehen und Wechseln des Leintuches sollten gerötete Stellen mit kaltem Wasser, evtl. auch mit Zitronensaft gewaschen und dann sorgfältig getrocknet werden. Spezielle Luftkissen aus Gummi<sup>39</sup> sollten den bettlägerigen Kranken zum einen unter die Ferse, zum anderen unter das Steißbein gelegt werden. Zur Heilbehandlung eines schon manifesten Dekubitus empfahl Rupprecht ein Wasserkissen.<sup>40</sup> Das „Kranzkissen“ respektive „ringförmige Luftkissen“<sup>41</sup> wurde noch bis in die 1970er Jahre in der Pflege zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt<sup>42</sup> und in den 1980er Jahren jedoch zunehmend nur noch für eine Druckentlastung beim Sitzen eingesetzt.

Wie lange die Praktik des Straffziehens und Einspannens des Lakens in der Pflege tradiert wurde, zeigt das erste Lehrbuch der katholischen Ordensschwester und Fachlehrerin für allgemeine Krankenpflege, Liliane Juchli, mit dem Titel „Umfassende Krankenpflege“ von 1971.<sup>43</sup>

37 RUPPRECHT, Krankenpflege, 1914, wie Anm. 18, 35.

38 Ebd., 153.

39 Ebd., 155.

40 Ebd., 146–148.

41 Vgl. zum „ringförmigen Luftkissen“ auch ATZL, Erbe, wie Anm. 6, 64–70.

42 Vgl. Liliane JUCHLI, Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch (Stuttgart<sup>3</sup>1979), 71.

43 JUCHLI, Umfassende Krankenpflege, wie Anm. 21, 7–11.

Sie stellte das „System des Schweizer Einheitsbettes“ dar, bei dem nicht nur „jeder Handgriff sinnvoll durchdacht“, sondern auch Rücksicht auf eine „rückenschonende Arbeitshaltung“<sup>44</sup> zu nehmen war. Juchli systematisierte somit, was bereits seit dem 19. Jahrhundert in Lehrbüchern beschrieben worden war, und passte die festgelegten Abläufe des Bettens an das moderne Krankenhausbett an. Das professionell hergerichtete Krankenbett bestand aus Laken und Moltonunterlage, darüber wurde ein Stecklaken mit der weichen Seite nach oben eingespannt.<sup>45</sup> Dieses System des „Schweizer Einheitsbettes“ wird bis heute in der professionellen Krankenpflege angewendet. Die Handhabung des Bett- und Stecklakens mit System sollte die professionelle Pflege von der häuslichen von Angehörigen geleisteten Pflege abgrenzen. Mit dieser Methode des Bettens eng verbunden war die professionelle Krankenbeobachtung, in diesem Falle die Betrachtung der Haut und Überprüfung auf Druckstellen und Rötungen. Das straff gezogene Laken galt neben dem damit verbundenen fachgerechten Lagern und der Krankenbeobachtung als wichtiger Bestandteil der Dekubitusprophylaxe, die den Kern des Selbstverständnisses der beruflichen Krankenpflege berührte.

## Hybride Objekte – der Blasenkatheter und Narkoseinstrumente

In diesem Abschnitt werden Objekte vorgestellt, mit denen zwar zeitweise oder dauerhaft nahezu ausschließlich Pflegende hantierten, die damit verknüpften Praktiken jedoch rechtlich in den Verantwortungsbereich von Ärzten fielen. Ein Paradoxon, das den Pflegeberuf bis heute prägt: Pflege wird auf diese Weise als Assistenzberuf festgeschrieben, da Pflegende für nur sehr wenige Tätigkeiten in letzter Konsequenz juristisch selbst Verantwortung tragen, selbst wenn sie für diese Praktiken gründlicher als die Ärzte ausgebildet wurden.<sup>46</sup>

### Blasenkatheter

Blasenkatheter verschiedener Ausführungen finden sich vermutlich in vielen medizinhistorischen Sammlungen. Sie sind dort als Objekte ärztlicher Praxis überliefert.<sup>47</sup> Der Katheter ist ein gutes Beispiel für ein „hybrides Objekt“, da die Praktik des Katheterisierens zwar erklärtermaßen eine ärztliche Tätigkeit war und heute noch ist, jedoch je nach ärztlichem Ermessen auch von Pflegenden ausgeführt werden durfte respektive darf.

So wird in dem Krankenpflegelehrbuch Paul Rupprechts von 1914 die „künstliche Entleerung [...] der Harnblase“ als häufige „recht wichtige Handreichung“ in der Krankenpflege bezeichnet, die man allerdings nur „besonders geübten und vertrauenswürdigen Pflegern und

---

44 Ebd., 7–8.

45 Ebd., 7–11.

46 Dieser „hybride“ Charakter pflegerischer Tätigkeit wird besonders greifbar in der Rubrik „Der juristische Rat“ in der Fachzeitschrift *Die Schwester*, ab 1974 *Die Schwester / Der Pfleger*, in der unklare juristische Verantwortlichkeiten von Pflegenden verhandelt wurden, vgl. z. B. *Die Schwester* 10/1 (1971), 35, hier ging es um „Blutentnahmen und Injektionen“.

47 Vgl. Medizinhistorische Sammlungen des Instituts für Geschichte der Medizin Würzburg. Hier finden sich Blasen-katheter aus Neusilber unter den Instrumenten der Chirurgischen Sammlung und solche aus Kautschuk im Nachlass des Dermatologen und Venerologen Karl Hoede (1897–1974).

Pflegerinnen<sup>48</sup> anvertrauen könne. Ursprünglich war das Katheterisieren eine von Ärzten ausgeführte Praktik. Zunächst waren es die Katheter aus Metall oder Glas, die aufgrund ihrer nicht biegsamen Materialität sowohl bei Frauen als auch bei Männern nur von Ärzten eingeführt werden durften. In einem Lehrbuch von 1914 wurde schon die Handhabung von starren Kathetern aus Glas und Metall respektive Neusilber sowie die flexiblen aus Gummi zu einer Aufgabe, die der Arzt an erfahrene Pflegende delegierte. Die konkrete Technik des Einführens des Katheters wird sehr knapp beschrieben, da diese vermutlich eher in der Praxis erlernt wurde. Viel Text wird darauf verwendet, die „peinlichste Sauberkeit“ beim Katheterisieren auszuführen: Das Abkochen und Einlegen von Glas- und Metallkathetern in 1 %iger Sodalösung bzw. der elastischen Katheter in schwefelsaurem Ammonium und das anschließende Abtrocknen mit „einem ganz sauberen Leintuch“.<sup>49</sup> Die Materialität der Blasenkathe- ter und der damit verbundene Aufwand der Reinigung und Desinfektion wird in allen Krankenpflegelehrbüchern des frühen 20. Jahrhunderts ausführlich thematisiert.<sup>50</sup>

Das Katheterisieren des Mannes mit einem langen starren Metall- und weichen Gummi- kathe- ter mit dem erforderlichen Knick an der Spitze (dem sogenannten Thiemann-Katheter) galt in dieser Zeit noch strikt Ärzten vorbehalten. Diese mehrfach verwendbaren Katheter für die männliche Harnröhre sind „Grenzobjekte“ im eigentlichen Sinne, zeigt sich an ihnen sehr deutlich die Kooperation zwischen Pflegenden und Ärzten einerseits und der Assistenzcharakter des Pflegeberufs andererseits: Sie wurden von Pflegenden „gründlichst gereinigt“, abgekocht, in desinfizierende Lösung eingelegt und darin bis zum nächsten Einsatz aufbewahrt, dann von der Pflegeperson auf einem sauberen Leintuch für den Arzt einsatzbereit hingelegt, evtl. mit Glyzerin, Olivenöl oder dem Gleitmittel Byrolin bestrichen dem Arzt gereicht.<sup>51</sup> Walter Lindemann betonte in seinem „Schwestern-Lehrbuch“ aus dem Jahr 1928: „Der Katheterismus ist stets Sache des Arztes. In Ausnahmefällen kann die Schwester die weibliche Blase katheterisieren.“<sup>52</sup>

In dem Gesundheitsratgeber der Ärztin Bella Müller von 1925 sind jedoch sowohl Blasen- kathe- ter für weibliche als auch für männliche Kranke auf einer Tafel abgebildet, die mit „Geräte für die Krankenpflege“ beschriftet ist (Abb. 3).<sup>53</sup> In einem Krankenpflegelehrbuch von 1943 wird die Technik des Katheterisierens ausführlicher beschrieben. Während das Legen eines Blasenkathe- ters beim Mann dem Arzt vorbehalten sein sollte, durften Pflegende Frauen auf ärztliche Anordnung hin katheterisieren, mit einer Einschränkung: „Gelingt die Einfüh- rung des Katheters nicht ohne jede Gewalt, so muss der Arzt benachrichtigt werden.“<sup>54</sup> Die Schwester wurde zur Desinfektion ihrer Hände und des Bereichs um die Harnröhrenöffnung sowie zum Einführen des Katheters angeleitet. In der Ausgabe von 1946 gehörte bereits das Katheterisieren von Kranken beider Geschlechter zu den Aufgaben von Pflegenden.<sup>55</sup> Die

48 RUPPRECHT, *Krankenpflege*, 1914, wie Anm. 18, 91.

49 Ebd., 91–92.

50 RUPPRECHT, *Krankenpflege*, 1898, wie Anm. 18, 87–88; MEDIZINALABTEILUNG, *Krankenpflegelehrbuch*, wie Anm. 18, 194; Walter LINDEMANN, *Schwestern-Lehrbuch für Schwestern und Krankenpfleger* (München 1928), 193; JUCHLI, *Umfassende Krankenpflege*, wie Anm. 21, 162; Ludwig FISCHER / Fritz GROSS / Gerhard VENZMER, *Hand- und Lehrbuch der Krankenpflege II: Praktischer Teil* (Stuttgart 1940), 140–141.

51 RUPPRECHT, *Krankenpflege*, 1914, wie Anm. 18, 91.

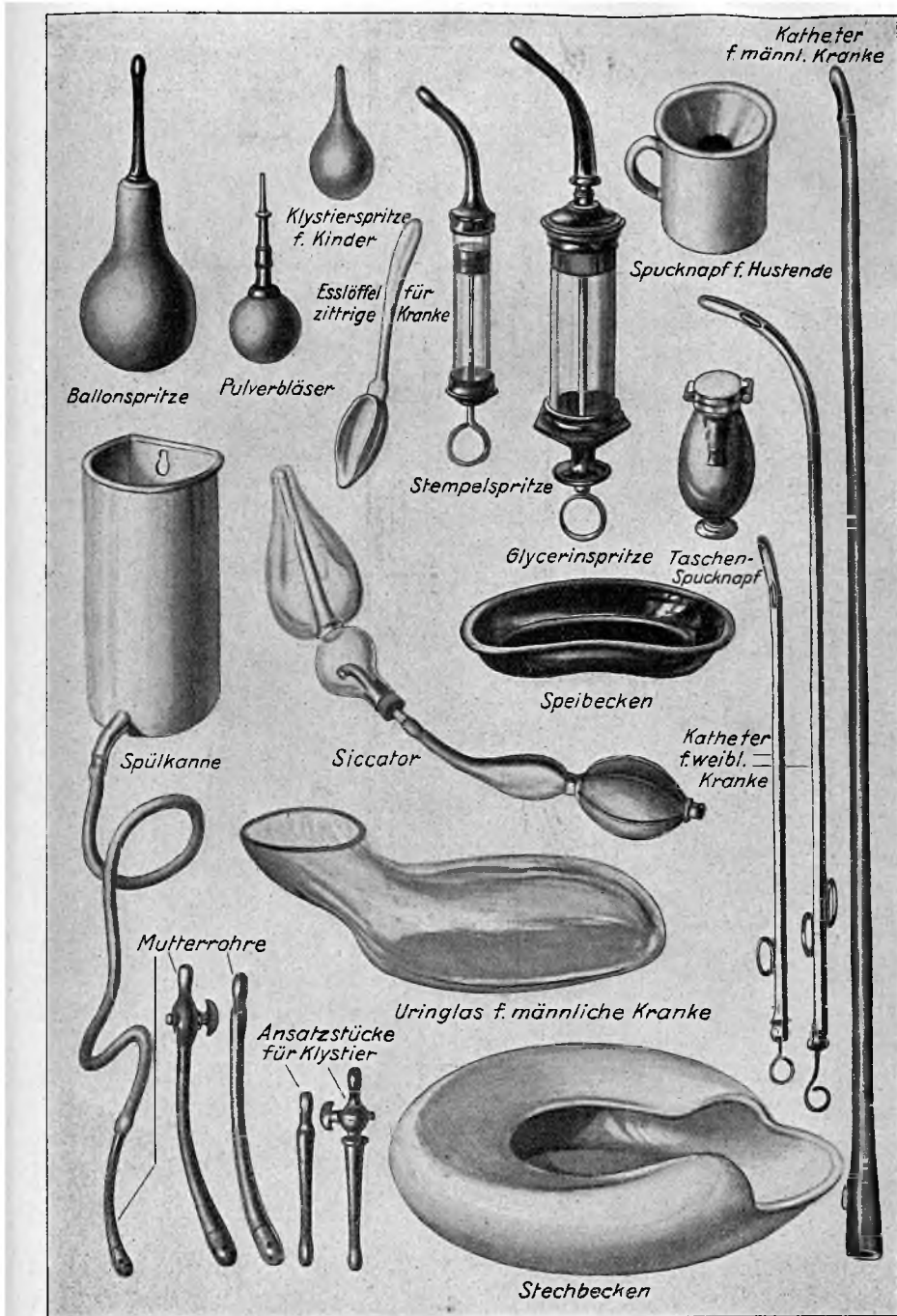
52 Walter LINDEMANN, *Schwestern-Lehrbuch für Schwestern und Krankenpfleger* (München 1928), 135–136.

53 MÜLLER, *Familienärztin*, wie Anm. 26, Tafel 65, 273.

54 *Krankenpflegelehrbuch* (Leipzig 1943), 278.

55 *Krankenpflegelehrbuch* (Wiesbaden 1946), 249–251.





18

**Geräte zur Krankenpflege I**  
(Text Seite 268, 277, 280, 281, 282 und 288)

**Tafel 65**

detaillierte Beschreibung des Katheterisierens bei einer Frau unter sterilen Bedingungen mit allen notwendigen Materialien und Objekten aus dem Jahr 1959 lässt deutlich werden, dass Krankenpflegende zu der Zeit ganz selbstverständlich fachgerecht Blasenkatheter legten. Bemerkenswert ist hier, dass die „Schwester“ angewiesen wurde, auf das Schamgefühl der Patientin Rücksicht zu nehmen.<sup>56</sup>

In Liliane Juchlis „Umfassender Krankenpflege“ wird das Katheterisieren eindeutig als Pflegepraktik beschrieben, die allerdings der Verordnung eines Arztes bedurfte. Idealerweise sollte das Katheterisieren durch zwei Schwestern erfolgen: Eine ausführende und eine „zudienende“ Schwester. Letztere sollte durch fachgerechtes Anreichen von sterilen Plastikhandschuhen, einer sterilen Pinzette mit Tupfer zum Desinfizieren des Bereichs um die Harnröhrenöffnung, einem Katheter und einer Spritze mit Kochsalzlösung zum Blocken des Katheters ein keimfreies Arbeiten gewährleisten. Jeder Arbeitsschritt wird detailliert beschrieben. Da in den 1970er Jahren noch keine Einwegprodukte verwendet wurden, mussten der Katheter und die Spritze dampfsterilisiert werden. Als Dauerkatheter wurden Gummikatheter, für das Einmalkatheterisieren Glaskatheter verwendet.<sup>57</sup> In den 1980er Jahren wurden in der Pflege komplette Katheterisierungs-Sets mit Tuch, Spritze und Pinzetten aus Plastik verwendet, die zum einmaligen Gebrauch gedacht waren.

In einem Artikel in der Zeitschrift „Die Schwester / Der Pfleger“ von 1986 wird deutlich, dass das Katheterisieren eine „hybride Praktik“ war: „Der Arzt trägt zwar die Verantwortung für eine qualifizierte Katheterisierung. In den meisten Fällen muß diese jedoch von Schwestern und Pflegern vorgenommen werden.“<sup>58</sup> Krankenpflegepersonal wurde gründlich für diese Praktik ausgebildet und sollte in der Lage sein, auch allein keimfrei arbeiten zu können. Das Pflegepersonal katheterisierte in dieser Zeit sowohl den Mann als auch die Frau, Ersterer sollte allerdings mit Rücksicht auf seine Intimsphäre den Blasenkatheter möglichst von einem Pfleger gelegt bekommen. Dennoch galt das Katheterisieren paradoxerweise weiterhin als ärztliche Praktik.

## Narkoseinstrumente

Chloroformtropfflaschen und Schimmelbuschmasken sind in vielen medizinhistorischen Sammlungen überliefert. Diese Artefakte auch als „Dinge der Pflege“ wahrzunehmen, setzt voraus, dass Betrachtenden das den Dingen implizite Wissen dieser Objekte bekannt ist. Bis weit in die 1970er Jahre hantierten sogenannte Narkoseschwestern täglich mit diesen Objekten, bis sie von der zu Beginn der 1960er Jahre sich formierenden Profession des „Narkosearztes“ respektive „Anästhesisten“ sukzessive abgelöst wurden. Tatsächlich waren Einleitungsmethode und Objekte der Narkose sowie ihre Handhabung von entscheidender Bedeutung in der Argumentation für oder gegen eine von Pflegenden durchgeführte und überwachte Anästhesie.

56 Margarete LUCE, Eine Technik des Katheterisierens, in: Deutsche Schwesternzeitung 12 (1959), 86–87.

57 JUCHLI, Umfassende Krankenpflege, wie Anm. 21, 160–164. Auch einige Jahre später gehört die Katheterisierung von Frau und Mann zu den selbstverständlichen Aufgaben von Pflegenden: vgl. JUCHLI, Krankenpflege, wie Anm. 22, 407–414.

58 Andreas DILRATH / Wolfgang WORM, Die standardisierte Katheterisierung, in: Die Schwester / Der Pfleger 25 (1986), 910.



1846 führten die Zahnmediziner William Thomas Green Morton und Horace Wells in Baltimore, USA, erstmals erfolgreich eine Äthernarkose durch. Ein Jahr danach hielt die Äthernarkose und bald darauf die Chloroformnarkose Einzug in deutsche Operationssäle.<sup>59</sup> 1898 ist in einem ärztlichen Lehrbuch für Krankenpflege zu lesen: „Das Chloroformieren läßt sich nur durch lange Übung unter Aufsicht des Arztes erlernen.“<sup>60</sup> Die von Pflegenden eingeleitete Inhalationsnarkose wird von Ärzten als „Schwesternnarkose“ bezeichnet, gleichwohl wurde die Einleitung der Narkose als ärztliche Tätigkeit definiert, die an ausgewählte Schwestern delegiert werden konnte. Faktisch hatte jedoch die Narkoseschwester, auch „Tropfschwester“ genannt, einen festen Platz am Kopfende des Operationstisches: Dies zeigen zahlreiche Abbildungen aus dem 19. Jahrhundert bis in die 1960er Jahre (Abb. 4).



Abb. 4: Eine Diakonisse setzt die Narkosemaske auf, o. J. vermutlich um 1930 (Diakonissenanstalt Dresden | Archiv der Fliedner Kulturstiftung Kaiserswerth)

59 Vgl. Johann Friedrich DIEFFENBACH, *Der Aether gegen den Schmerz* (Berlin 1847); zu den ersten Anwendungen im deutschsprachigen Raum, vgl. Heike PETERMANN / W. SCHWARZ, *Die Spezialisierung an den Universitäten unter dem Blickwinkel der Anästhesie*, in: Jürgen Schüttler, Hg., *50 Jahre Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation* (Heidelberg u. a. 2003), 298–316. In Deutschland führte der Erlanger Chirurg Johann F. Heyfelder (1798–1869) am 24. Januar 1847 erstmals eine Äthernarkose durch.

60 RUPPRECHT, *Krankenpflege*, 1898, wie Anm. 18, 252.

Eine Chloroformtropfflasche aus den Medizinhistorischen Sammlungen in Würzburg hat einen Tropfhahn in Form einer Teekanne und ein rundes bauchiges Glas (Abb. 5). Die Flasche hat zudem Ähnlichkeit mit einem Parfumflakon. Fläschchen mit „Kölnisch Wasser“, das tatsächlich auch beim Narkotisieren zur Neutralisierung des unangenehmen Geruchs von Äther und Chloroform verwendet wurde, sahen in dieser Zeit sehr ähnlich aus. Die haushaltsnahe Ästhetik der Tropfflasche verweist somit implizit auf die weibliche Benutzerin des Objekts.

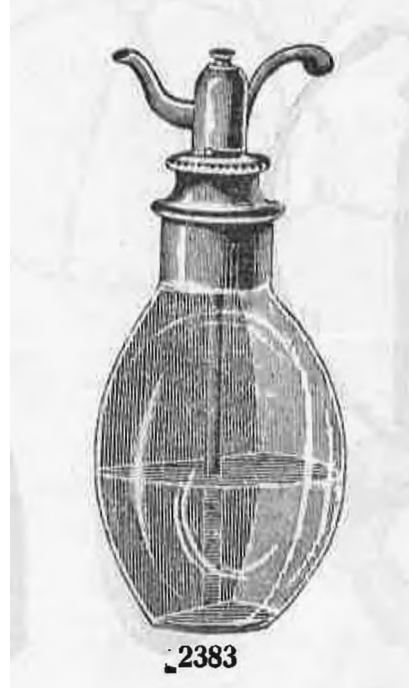


Abb. 5a–b, links: Tropfflasche für Chloroform nach Lomer um 1850, MHS | Sammlung der Universitätsfrauenklinik Würzburg | Inv.Nr. GK-289 (Foto: Karen Nolte), rechts: Herstellerkatalog von Kirchner & Wilhelm, Stuttgart 1912, 102, Nr. 2383

Die Beschreibungen der Aufgaben einer Narkoseschwester in Lehrbüchern für Pflegende des Zeitraums von um 1900 bis 1954 zeigen die große Verantwortung, die einer Narkoseschwester während der Operation zugetraut wurde.<sup>61</sup> Noch im Jahr 1940 ist in dem „Hand- und Lehrbuch der Krankenpflege“ folgendes zu den Aufgaben der Narkoseschwester zu lesen:

„Narkotisieren, wozu viel Übung und Erfahrung, Gedankenkonzentration, Ruhe und Kaltblütigkeit im Moment der Gefahr und reiches Wissen gehört, ist eine Kunst, aber eine erlernbare.

61 RUPPRECHT, Krankenpflege, 1898, wie Anm. 18, 251–254; MEDIZINALABTEILUNG, Krankenpflege, 1913, wie Anm. 15, 181–186; FISCHER / GROSS / VENZMER, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 50, 280–289; Ludwig FISCHER / Fritz GROSS, Hand- und Lehrbuch der Krankenpflege II: Praktische Krankenpflege (Stuttgart 1957), 426–430.

Letztlich ist, ebenso wie beim Arzt, die Persönlichkeit, die ja auch die gute Schwester ausmacht, das Ausschlaggebende; denn das Gelingen hängt nicht nur vom technischen Können, sondern nicht minder von psychischen Faktoren ab, so vom gegenseitigen Vertrauensverhältnis zwischen Schwester und dem Kranken, der sein Leben auf Gedeih und Verderb mit dem Beginn der Narkose der Schwester anvertraut. Dessen sei sich die Schwester stets bewußt!<sup>62</sup>

Es wurde nicht nur selbstverständlich vorausgesetzt, dass die Narkose von weiblichen Pflegenden eingeleitet und überwacht wurde, vielmehr wurden von der Narkoseschwester menschliche und charakterliche Eigenschaften gefordert, die mit der Fähigkeit, Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, auf den weiblichen Geschlechtscharakter Bezug nahmen; diese weiblichen Charakterzüge wurden im besonderen Maße von Pflegenden erwartet und vorausgesetzt. So sollten sich versierte Technik und das Gefühl der Pflegerin für den richtigen Umgang mit dem Kranken und dem operierenden Arzt verbinden. Da Krankenbeobachtung den Kern professioneller Kompetenz Pflegender ausmachte, liegt es nahe, dass Ärzte Pflegenden die Aufgabe übertrugen, die in Narkose liegenden Patient\*innen genauestens zu beobachten, engmaschig Puls, Blutdruck, Atmung, Hautfarbe und -temperatur und Lidschlag zu kontrollieren.

Ende der 1950er Jahre nahm die Diskussion unter Chirurgen, ob Einleitung und Überwachung der Narkose weiterhin der Kompetenzbereich Pflegender sein sollten, Fahrt auf. Während Chirurgen, die gern allein „der Herr im Operationssaal“<sup>63</sup> sein wollten und daher keinen zweiten Facharzt am OP-Tisch wünschten, die Narkose in den erfahrenen Händen der Krankenschwestern belassen wollten, gab es eine andere Gruppe von Chirurgen, die Krankenpflegenden nun die Kompetenz in diesem Bereich absprachen. Interessanterweise war der Dreh- und Angelpunkt der Argumentation für einen Wandel hin zu einem ärztlichen Beruf des Anästhesisten das Objekt zur Einleitung der Narkose. Während Krankenschwestern seit Einführung der Einatmungsnarkose versiert mit Atemmasken, Chloroform respektive Äther hantierten, wurde in den 1950er Jahren die endotracheale Intubationsnarkose eingeführt. Der Übergang der Narkose von der pflegerischen zu einer ärztlichen Kompetenz wurde mit einer neuen Technik des Narkotisierens und dem Hantieren mit „komplizierten Apparaten“ einerseits und der Intubation andererseits begründet. So hoben Gegner der Schwesternarkose hervor, dass die fachgerechte Durchführung einer Narkose tiefe Kenntnisse der Physiologie und Pharmakologie erfordere. Auch wenn Schwestern „zugegeben“ die „einfache Technik“ wie die Punktion einer Vene beherrschten, könnten sie deshalb nicht die Wirkung des eingespritzten Medikaments einschätzen. Zwar sei die herkömmliche einfache Technik der Inhalationsnarkose mit Chloroform und Äther den Krankenschwestern anzuvertrauen, doch fehle ihnen hingegen der Sachverstand für die kompliziertere endotracheale Intubationsnarkose.<sup>64</sup>

---

62 FISCHER / GROSS / VENZMER, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 50, 280.

63 Peter JANSEN, Lehrbuch der Chirurgischen Krankenpflege für Pflegerinnen und Operationsschwester (Leipzig 1922), 157. Der ärztliche Autor betont, dass trotz Schwesternarkose der Chirurg „der Herr im Operationssaal“ bleiben müsse.

64 Vgl. Werner HÜGIN, Wie weit können Schwestern oder Pfleger an Narkosen beteiligt werden?, in: Der Chirurg 31 (1960), 200–201; vgl. PETERMANN / SCHWARZ, Spezialisierung, wie Anm. 59.

Auch die Oberin der Deutschen Schwesternschaft Ruth Elster wies 1958 in den „Ärztlichen Mitteilungen“, heute „Deutsches Ärzteblatt“, darauf hin, dass „Narkosen, die eine Bedienung von Apparaten erfordern“<sup>65</sup> nicht zu den Aufgaben einer Schwester gehören würden. Damit definierte auch sie die Grenzlinie der Schwesternnarkose zur ärztlichen Narkose anhand des Objekts, mit dem hantiert werden musste, um eine Narkose einzuleiten. Während die Narkose mit den Objekten „Chloroformkappe“ respektive Äthermaske, Tropfflasche, Mundspiegel, Zangen zum Hervorziehen der Zunge und Brechschale als Handwerk der Schwester akzeptabel erschien, da sie die Einfachheit des Vorgangs suggerierten, lag hingegen die Bedienung von Apparaten außerhalb ihres Kompetenzbereichs. Zudem erforderte die Intubation einen invasiven Eingriff, den Ärzte sich vorbehalten wollten. Der Chirurg A. W. Fischer aus Kiel schlug 1960 in der Zeitschrift „Der Chirurg“ jedoch vor, dass der Arzt zwar intubieren, die Schwester jedoch dennoch den Narkoseapparat bedienen und die Narkose überwachen könne. Er betonte: „So wie die Dinge jetzt liegen, kommen wir ohne Schwestern als Narkosehilfen nicht aus.“<sup>66</sup> Wieder wird der Arbeit der Narkoseschwester der Charakter der Hilfstätigkeit verliehen, um die Linie zwischen ärztlicher und pflegerischer Kompetenz nicht verwischen zu lassen. Fischer verweist zudem darauf, dass es in Schweden und in den USA eine spezielle Ausbildung für Narkoseschwester gebe und regt an, in Deutschland eine ähnliche Zusatzausbildung von Pflegenden einzuführen.<sup>67</sup>

Der dramatisch wachsende Pflegenotstand seit Mitte der fünfziger Jahre durch Nachwuchsprobleme in den Schwesternschaften spielte den Professionalisierungsbestrebungen der Narkoseärzte schließlich in die Hände.<sup>68</sup> Auch von Seiten der Berufsorganisation Pflegender, des Agnes-Karll-Verbands, wurde mit Bezug auf die Schwesternknappheit der Vorschlag der ärztlichen Befürworter der Schwesternnarkose entschieden abgelehnt, die Narkotisierung weiterhin in pflegerischer Verantwortung zu belassen. Aufgrund eines Mangels an Anästhesiefachärzten, vor allem in kleinen Krankenhäusern in der Peripherie, führten Narkoseschwester noch bis weit in die 1970er die Inhalationsnarkose durch. In die neue ärztliche Fachrichtung drängten vermehrt Ärztinnen, sodass in den 1970er Jahren der Frauenanteil in diesem Fachgebiet rund ein Drittel ausmachte.<sup>69</sup>

Die Aufgabe der Pflegenden im Operationsaal beschränkte sich nunmehr auf die Zuarbeit und Vorbereitung der Narkose. Aus einem Krankenpflegelehrbuch aus dem Jahr 1957 ist der Übergang der Narkose vom Kompetenzbereich der Pflege in den des Arztes schon deutlich herauszulesen, wenngleich betont wird, dass man aufgrund des Mangels an Anästhesiefachärzten vor allem in kleinen Krankenhäusern nicht auf die Schwesternnarkose verzichten könne.<sup>70</sup>

65 Ruth ELSTER, Hinweis der Schwesternschaft, in: *Ärztliche Mitteilungen* 41 (1958), 1213.

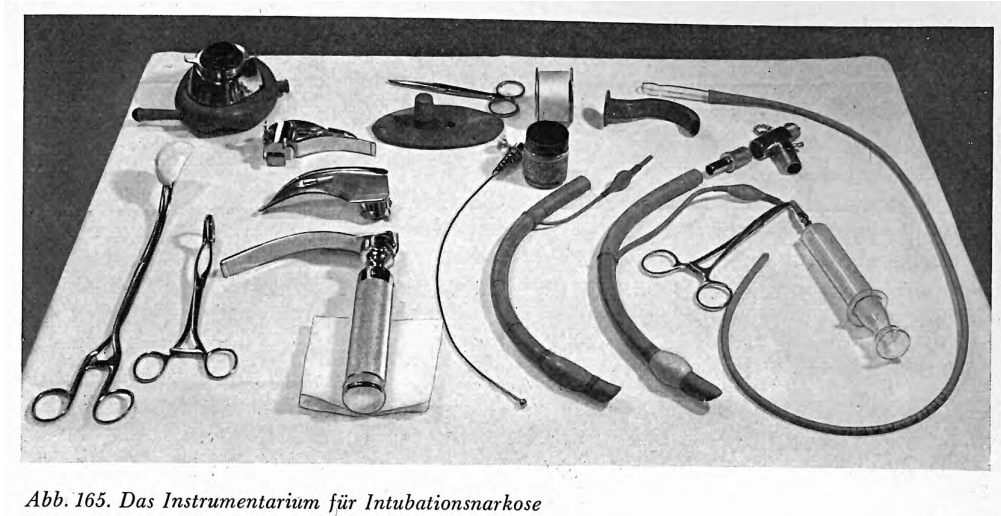
66 A.W. FISCHER, Erwiderung auf Werner Hügens Stellungnahme zu seinem Artikel „Wie weit können Schwestern oder Pfleger an Narkosen beteiligt werden?“, in: *Der Chirurg* 31/5 (1960), 201.

67 Ebd.

68 Vgl. Susanne KREUTZER, *Der Pflegenotstand der 1960er Jahre. Arbeitsalltag, Krisenwahrnehmung und Reformen*, in: Bundeszentrale für politische Bildung, Hg., *Pflege, wie Anm. 8*, 144–155; KREUTZER, *Liebesdienst, wie Anm. 7*, 164–273.

69 Vgl. hierzu Karen NOLTE, *The Debate on ‘Nurse Anaesthetists’ in West Germany during the 1950s and 1960s*, in: Pierre Pfüttsch, Hg., *Marketplace, Power, Prestige. The Healthcare Professions’ Struggle for Recognition (19<sup>th</sup>–20<sup>th</sup> Century)* (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 70, Stuttgart 2019), 21–35.

70 Vgl. FISCHER / GROSS, *Hand- und Lehrbuch*, wie Anm. 61, 426.



*Abb. 165. Das Instrumentarium für Intubationsnarkose*

Abb. 6: Fischer / Gross, Hand- und Lehrbuch der Krankenpflege, Band II: Praktische Krankenpflege (Stuttgart 1957), 431

Die Aufgabe der Narkoseschwester sollte auf den Bereich der psychischen und physischen Vorbereitung des zu Operierenden und die Assistenz bei der Narkose beschränkt werden. Das Intubationsbesteck und der Tubus wurden nun zu „Grenzobjekten“, die von Pflegenden auf einem Ablagetisch, einer „stummen Schwester“, für den Facharzt respektive die Fachärztin für Anästhesie zur Einleitung der Narkose bereitgelegt und danach für eine erneute Benutzung gereinigt, sterilisiert und eingelagert wurden (Abb. 6).

Die Narkoseschwester rückte nun im Operationssaal in die zweite Reihe, einen großen Teil der zuvor von Krankenpflegenden ausgeführten Krankenbeobachtung übernahmen nun Apparate, die die Vitalfunktionen des Narkotisierten maßen und Werte außerhalb des Normbereichs anzeigten.

## Objekte der Zusammenarbeit mit Ärzten

Dass die „Narkoseschwester“ mit beschränkten Befugnissen seit den 1970er Jahren in der zweiten Reihe stand, ließ sie gewissermaßen im Operationssaal „verstummen“, da nicht mehr sie es war, die selbst handelte und dem Chirurgen vom Kopfende des Operationstisches Ansagen zum Zustand der narkotisierten Person machte.

Der Ablagetisch (Abb. 7), auf dem die Narkoseschwester dem Narkosearzt und zuweilen auch der Narkoseärztin alle zur Einleitung erforderlichen Instrumente gerichtet hatte, trug schon zuvor den Namen „stumme Schwester“, da dieser von Operationsschwestern mit den für einen operativen Eingriff benötigten chirurgischen Instrumenten bestückt wurde. Die Operationschwester stand in der zweiten Reihe, zwischen ihr und dem Arzt als „Kontaktzone“ der kleine Instrumententisch. Der Beistelltisch, der bezeichnenderweise den Namen „stumme Schwester“ trägt, ist eine überdeutliche Metapher für Pflegende, deren assistierende Tätigkeit unbemerkt,



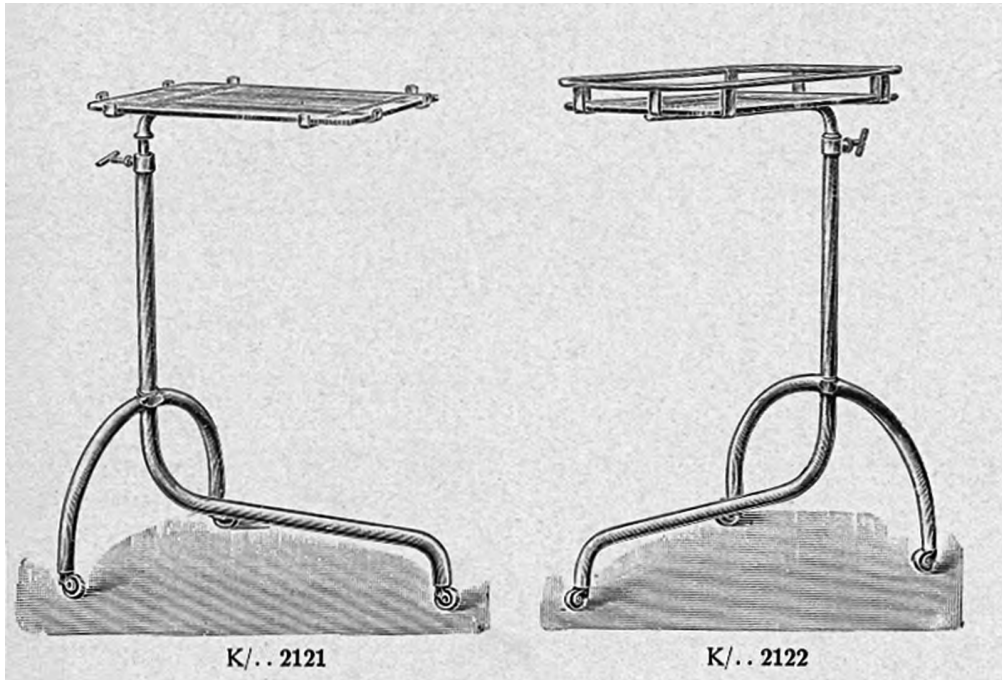


Abb. 7: Instrumententische, „Stumme Schwestern“, Aesculap-Musterbuch 1898, 2756

das heißt „stumm“, ablaufen sollte. Die „stumme Schwester“ steht also sinnbildlich für die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten, die auch dadurch gekennzeichnet ist, dass die meisten Dinge, mit denen Ärzte arbeiteten, zunächst durch die Hände Pflegender gegangen waren: Die Operationschwester und später auch die Narkoseschwester lernte, welche Instrumente für einen chirurgischen Eingriff benötigt wurden und wie genau Instrumente wie z. B. Skalpelle anzureichen waren. Diese „Grenzobjekte“ im Sinne Star / Griesemers<sup>71</sup> wurden von Pflegenden bereitgelegt respektive angereicht und vor der Einführung von Einmalprodukten gereinigt, sterilisiert und vor der erneuten Benutzung fachgerecht eingelagert.

## Spritze

Die Spritze ist ebenfalls als „Grenzobjekt“ in diesem Sinne und zugleich als „hybrides Objekt“ zu charakterisieren. Das Objekt wurde von Pflegenden für eine Injektion in mehrfacher Hinsicht vorbereitet und sowohl von Pflegenden selbst als auch von Ärzten verwendet. So ist 1909 in dem Lehrbuch von Professor Salzwedel, der die Krankenpflegeschool an der Berliner Charité leitete, zu lesen: „Bevor der Pfleger die Spritze dem Arzt zum Gebrauch übergibt, hat er sich zu

71 STAR / GRIESEMER, *Institutional Ecology*, wie Anm. 5.

vergewissern, dass sie dicht schließt, und dass die Kanüle durchgängig ist.<sup>72</sup> Pflegende bereiteten also nicht nur die Spritze für die vom Arzt auszuführende Injektion vor, vielmehr musste dieselbe von ihnen auch gereinigt, ausgekocht und mehrere Stunden in 3–5 %igem Karbolwasser eingelegt und dann fachgerecht mit dieser Desinfektionslösung im Glaskolben gelagert werden, welche dann kurz vor dem Gebrauch des Objekts „durch häufiges Ausspritzen mit frisch abgekochten, reinen Wasser wieder entfernt“<sup>73</sup> wurde.

Injektionen sollten um 1900 in der Regel von Ärzten ausgeführt werden, allein die subkutane Injektion wird in diesem Lehrbuch für Krankenpflege bildlich dargestellt und ausgeführt, dass der Arzt diese zuweilen einem Pfleger überlasse, „zu dem er besonderes Vertrauen“ habe. Hingegen „Einspritzungen in die Muskeln“ würden Pflegern für gewöhnlich nicht überlassen. Intravenöse Injektionen wurden in diesem Handbuch gar nicht erwähnt, waren also offenbar jenseits alltäglicher Pflegepraxis angesiedelt.<sup>74</sup>

Auch in Lehrbüchern von der Zeit um 1900 bis in die 1950er Jahre werden Reinigung und Desinfektion der mehrmals zu gebrauchenden Spritzen mit Glaskolben und Stempeln und Kanülen aus Metall ausführlich beschrieben.<sup>75</sup> Ende der 1950er Jahre wurden Spritzen vom Pflegepersonal vornehmlich mit der Technik der Dampfsterilisation keimfrei gemacht, nachdem sie zuvor gründlich gereinigt worden waren.<sup>76</sup> Als Technik des Spritzens finden sich wieder lediglich subkutane Injektionen: Von erfahrenen Pflegenden wurden allerdings die Arzneimittel Morphium, Insulin und in der Psychiatrie Cardiazol unter die Haut gespritzt, deren Wirkung vom Pflegepersonal sorgfältig beobachtet und dokumentiert werden musste.<sup>77</sup> Durch alle weiteren Jahrzehnte hindurch galt die subkutane Injektion als harmlos und durfte daher von Pflegenden durchgeführt werden – in jedem Lehrbuch ist eine Abbildung zur richtigen Technik der Injektion zu finden.<sup>78</sup> Entsprechend konnte die Insulinspritze auch von Patient\*innen selbst eingesetzt werden. Auf diese Weise werden diese kleinen Spritzen, die zuweilen in sehr liebevoll gestalteten Etais aufbewahrt wurden, zu „hybriden Objekten“ zwischen den Bereichen Pflege und Selbstpflege (Abb. 8).

---

72 SALZWEDEL, Handbuch, wie Anm. 16, 166.

73 Ebd.

74 Ebd., 167–168.

75 Vgl. RUPPRECHT, Krankenpflege, 1898, wie Anm. 18, 83–85; MEDIZINALABTEILUNG, Krankenpflegelehrbuch, wie Anm. 18, 116; EBERLE / PFEIFFER, Taschenbuch, wie Anm. 16, 124–128; Adolf HEINRICH, Krankenpflege-Lehrbuch (Wiesbaden 1946), 230–233; N. N., Einführung in die Krankenpflege (Leipzig 1953), 260–264.

76 Vgl. FISCHER / GROSS, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 61, 275. Eine sehr ausführliche Beschreibung der Reinigung und Desinfektion von Glasspritzen und Kanülen findet sich in: ARBEITSGEMEINSCHAFT DEUTSCHER SCHWESTERNVERBÄNDE UND DER DEUTSCHEN SCHWESTERNGEMEINSCHAFT E.V., Hg., Die Pflege des kranken Menschen (Stuttgart u. a. 1958), 137–138.

77 EBERLE / PFEIFFER, Taschenbuch, wie Anm. 16, 128; HEINRICH, Krankenpflege-Lehrbuch, wie Anm. 75, 262; N. N., Einführung, wie Anm. 75, 232; FISCHER / GROSS, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 61, 274.

78 MEDIZINALABTEILUNG, Krankenpflegelehrbuch, wie Anm. 18, 117; EBERLE / PFEIFFER, Taschenbuch, wie Anm. 16, 127; N. N., Einführung in die Krankenpflege (Leipzig 1953), 262; FISCHER / GROSS, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 61, 421; sehr ausführlich in: ARBEITSGEMEINSCHAFT, Pflege, wie Anm. 76, 130–133.



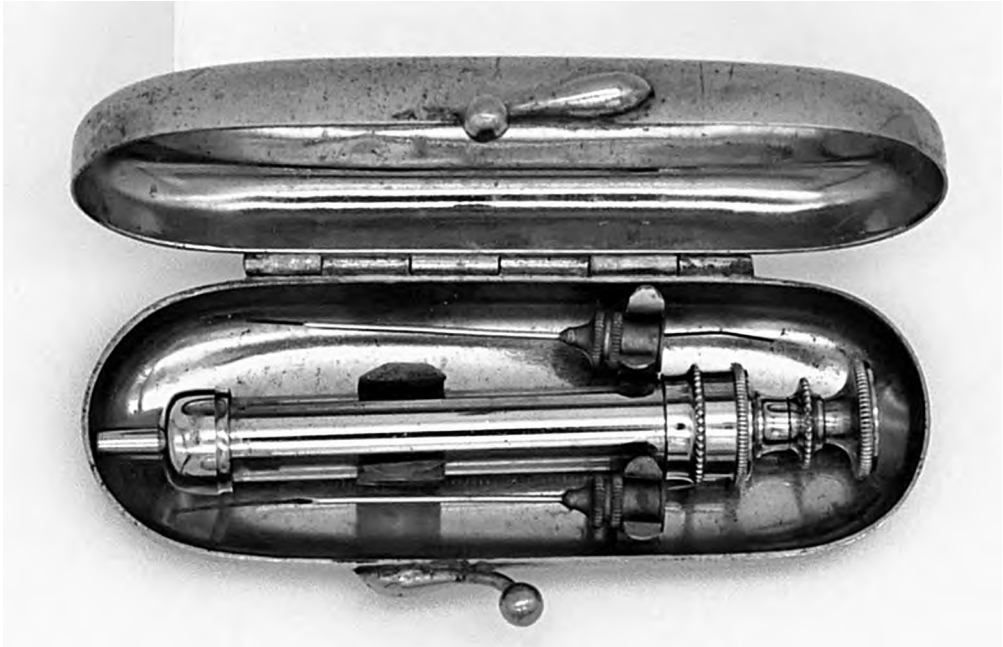


Abb. 8: Insulinspritzenset, Medizinhistorische Lehrsammlung des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin Heidelberg | Inv.Nr. 144 (Foto: Karen Nolte)

Strittig hingegen war immer wieder, ob die intramuskuläre Injektion von Pflegenden ausgeführt werden dürfe: Im praktischen Teil des „Hand- und Lehrbuchs der Krankenpflege“ von Fischer / Gross zeigt eine Fotografie die intramuskuläre Injektion. Der ärztliche Autor betonte, dass seine genaue Anweisung zu befolgen sei, da es „allein 1948–1953 78 Haftpflichtfälle wegen Spritzenabszessen und Nervenschädigungen“ gegeben habe. Auf dem Foto zum intramuskulären Spritzen sind mehrere Punkte zwischen den mit der Hand zu ertastenden Größeren Rollhügel des Oberschenkelknochens und dem Darmbeinkamm eingezeichnet.<sup>79</sup> 14 Jahre später wurde im Lehrbuch Liliane Juchlis auf einer Zeichnung gezeigt, wie der Handballen auf dem Größeren Rollhügel aufgesetzt und mit den Zeige- und Mittelfingerspitzen der Darmbeinkamm berührt werden sollte, um die genaue Stelle zum Injizieren zwischen den beiden ab gespreizten Fingern in den Muskel zu bestimmen.<sup>80</sup> 1966 wurde in der Zeitschrift „Die Schwester“ in den zwölf Heften des Jahrganges eine Serie zum Spritzen publiziert, in der auf je einer Seite in Bild und Text demonstriert wurde, mit welcher Methode gespritzt und wie Spritzen vor- und nachbereitet wurden (Abb. 9).

79 FISCHER / GROSS, Hand- und Lehrbuch, wie Anm. 61, 422–423.

80 JUCHLI, Umfassende Krankenpflege, wie Anm. 21, 122.

## Für die Schwesternschülerin: Spritzen 8. Teil

Unterricht in der Krankenpflegeschule des Roten-Kreuz-Krankenhauses Kassel

18. Folge



Während die Kanülen mit einem kleinen Gebläse getrocknet wurden, benutzt man für die Spritze Tupfer und Kornzange, um sie innen zu trocknen.



Die Schwester muß besonders darauf achten, daß die Spritze, ehe sie in den Sterilisator kommt, innen und außen ganz trocken ist. Bleiben Was-



sertröpfchen an ihr hatten, dann sieht sie später fleckig und unansehnlich aus. Spritzen mit Kolben und Kanülen werden sodann auf ein Sieb geordnet.

Abb. 9: Die Schwester 5/8 (1966): Das Reinigen von Glasspritzen und Metallkanülen

In dieser Serie wird die Reinigung und Desinfektion von Glasspritzen und auch schon der Umgang mit Einwegspritzen gezeigt.<sup>81</sup> Juchli beschrieb 1971 noch immer den Übergang von Mehrweg- zu Einwegspritzen: Glasspritzen wurden weiterhin mehrfach verwendet und mussten gereinigt und sterilisiert werden. Zugleich werden Einwegspritzen mit Einwegkanülen abgebildet. Noch aus der dritten Auflage ihres Lehrbuches im Jahr 1979 ist zu ersehen, dass Rekordspritzen mit Glaskolben und Metallkanülen zum mehrmaligen Gebrauch eingesetzt wurden. In dieser Zeit hatten sich allerdings schon Einwegkanülen in der Praxis durchgesetzt: Denn die mehrfache Verwendung von Kanülen war problematisch, da diese schnell stumpf wurden oder sich Widerhaken bildeten.<sup>82</sup> In großen Kliniken und Krankenhäusern wurden bereits Einwegspritzen und -kanülen verwendet. Auch Insulinspritzen standen parallel als Mehrweg-Glasspritzen und Einwegspritzen zur Verfügung.

Sehr detailliert wird 1979 das „Vorbereiten der Spritze“ beschrieben: Der Umgang mit Glasampullen (das Auffeilen und Aufbrechen), mit Stechampullen sowie das Auflösen eines Medikaments in einer Stechampulle, das Aufziehen der Spritze und Heraus klopfen von Luftblasen. Die Reinigung und Sterilisation der Mehrweg-Glasspritzen wird zwar noch erwähnt, doch geschah dies nicht mehr auf Station, sondern wurde delegiert an die Zentralsterilisation, die in einem gesonderten Kapitel des Lehrbuches genau beschrieben wird. Alle Injektionen werden in dem Lehrbuch detailliert mit der Technik des Spritzens beschrieben.<sup>83</sup>

81 Die Schwester 1–12 (1966).

82 JUCHLI, Krankenpflege, wie Anm. 22, 336–338.

83 Vgl. ebd., 339–346; siehe auch schon in ARBEITSGEMEINSCHAFT, Pflege, wie Anm. 76, 130–132.

Während subkutane und intramuskuläre Injektionen selbstverständlich als Pflegepraktik gelehrt wurden, ist zur intravenösen Spritze zu lesen:

„Die i.v. Injektion ist nicht harmlos. Sie soll im Prinzip immer vom Arzt ausgeführt werden. Die Schwester kommt aber in der Praxis immer wieder in die Lage, intravenös injizieren zu müssen. Sie tue es dann mit großer Vorsicht, spritze sehr langsam (unter Uhrkontrolle). Injektionen von gewissen Medikamenten und Erstinjektionen sollten grundsätzlich vom Arzt vorgenommen werden. Ausnahmen oder spezielle Regelungen innerhalb eines Krankenhauses müssen schriftlich festgehalten werden. Der Kompetenzbereich der Schwester soll klar formuliert sein.“<sup>84</sup>

Das Stechen in die Vene mit einer Spritze wird als Grenzbereich zwischen ärztlicher und pflegerischer Kompetenz markiert. Pflegende führten zwar in klar festgelegten Settings intravenöse Injektionen oder Blutentnahmen aus der Vene durch, diese Handlungen wurden jedoch juristisch klar als Verantwortungsbereich von Ärzt\*innen definiert. Bereits in den 1970er Jahren wurde unter Pflegenden diskutiert, inwieweit Pflegende intravenöse Injektionen verantworten könnten.<sup>85</sup> In Schleswig-Holstein wurde 1972 eine Fortbildung für Pflegende zu intravenösen Injektionen eingeführt, um ärztlicherseits diesen therapeutischen Eingriff an Pflegende delegieren zu können.<sup>86</sup> In den 1980ern traten Pflegende aufgrund des sich erneut zuspitzenden Fachkräftemangels in der Pflege in den sogenannten Spritzenstreik ein, mit dem sich Pflegende im Wesentlichen weigerten, die täglichen ärztlich verordneten Blutentnahmen auf den Stationen auszuführen, um sich mehr auf die Grundpflege<sup>87</sup> konzentrieren zu können.<sup>88</sup>

Bis heute ist die Spritze für die intravenöse Injektion in der Regel ein „Grenzobjekt“, das von Pflegenden für Ärzt\*innen vorbereitet und nach dem Spritzen fachgerecht entsorgt wird. Zugleich ist sie ein hybrides Objekt, da Pflegende zeitweise die ärztlichen Tätigkeiten der Blutentnahme und des intravenösen Spritzens übernahmen. Zugleich steht in Deutschland die intravenöse Injektion symbolisch für den Charakter des Pflegeberufs als Assistenzberuf und mit Blick auf die aktuellen Debatten zur Akademisierung der Pflege für erweiterte Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit von Pflegenden.<sup>89</sup>

---

84 JUCHLI, Krankenpflege, wie Anm. 22, 347.

85 In der Rubrik „Der juristische Rat“ in der Zeitschrift „Die Schwester“ wird ausgeführt, dass juristisch gesehen kein Unterschied zwischen einer Blutentnahme und einer intravenösen Injektion bestehe, beide Handlungen können vom Arzt an Krankenpflegende delegiert werden, dürften jedoch nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, vgl. G. SIEGMUND-SCHULTZE, Der juristische Rat. Blutentnahme und Injektionen durch das Krankenpflegepersonal, in: Die Schwester 10 (1971), 36.

86 Vgl. unter der Rubrik „Erfahrungsaustausch“ in der Zeitschrift Krankenpflege 26 (1972), 153 die Diskussion zu dem Thema.

87 Die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege findet sich im deutschsprachigen Raum erstmals 1971 in dem Lehrbuch Juchlis, vgl. JUCHLI, Umfassende Krankenpflege, wie Anm. 21.

88 Vgl. Heinz-Harald ABHOLZ u. a., Das Verhältnis von Pflege und Medizin – Ergebnisse einer Diskussion, in: Jahrbuch für kritische Medizin. Pflege und Medizin im Streit 86 (1982), 28, kritisiert wurde, dass für viele Pflegende die Spritze ein „Prestigeobjekt“ sei und sie daher den „Spritzenstreik“ nicht unterstützt hätten.

89 Bereits 1972 betonten Pflegende, dass in den Ländern mit akademischer Pflegeausbildung das intravenöse Spritzen selbstverständlich von Pflegenden ausgeführt wurde, vgl. Krankenpflege 26 (1972), 153.

## Schlussbemerkung

In diesem Text wurde eine objektzentrierte Geschichte professioneller Pflege insofern geschrieben, dass von den Artefakten ausgehend routinisierte Praktiken im Gebrauch dieser rekonstruiert wurden. Ebenso wurde thematisiert, wer zu welcher Zeit mit welcher Qualifikation respektive Legitimation diese Dinge der alltäglichen Praxis bei der Versorgung von Kranken in die Hand nehmen oder ihrem eigentlichen Zweck entsprechend anwenden durfte. Dabei konnte gezeigt werden, dass Objekte, die professionell Pflegende benutzt haben, selten eindeutig nur der professionellen Pflege zuzuordnen sind. Die Beschäftigung mit Funktion, Materialität und den damit verbundenen Praktiken hat ergeben, dass manche Objekte als „Grenzobjekte“ klar für die Zusammenarbeit von Ärzt\*innen und Pflegenden verwendet wurden – Pflegenden kommt in dieser Kooperation die Rolle der Assistierenden zu. Der Beistelltisch im Operationssaal, der heute noch als „stumme Schwester“ bezeichnet wird, zeigt überdeutlich die stille Zuarbeit von Pflegenden im Hintergrund. Andere Objekte wie die Wärmflasche und das Bettlaken sind in der sogenannten Grundpflege zu verorten, sie wurden gleichermaßen in der häuslichen Care-Arbeit oder in der Selbstpflege benutzt. Die Hausarbeitsnähe pflegerischer Arbeit wurde im Zuge der zunehmenden Verberuflichung der Pflege seit den späten 1950er Jahren kontrastiert durch spezifische Praktiken im Umgang mit diesen Objekten, die Professionalität markieren sollten. Besonders in den 1970er Jahren sind Bemühungen zu sehen, Pflegepraktiken im Umgang mit haushaltsnahen Objekten zu systematisieren, standardisieren und zu rationalisieren.<sup>90</sup> Am deutlichsten zeigt dies das Konzept des „Schweizer Einheitsbetts“ von Liliane Juchli, das die Handhabung des Bettlakens systematisierte.

Der hybride Charakter von Pflegepraktiken und ihrer Objekte zwischen Pflege und häuslicher Care-Arbeit respektive Pflege und Medizin lässt deutlich werden, dass ein klar erkennbarer Kompetenzbereich der Pflege für Außenstehende schwer zu identifizieren war und heute noch ist. Einer breiteren Öffentlichkeit ist die Spezifik des Hantierens mit haushaltsnahen Objekten in der professionellen Pflege schwer zu vermitteln – sonst gäbe es nicht immer wieder den Vorschlag, im Krankenhaus ungelernete Hilfskräfte für das Waschen und Betten von kranken Menschen einzusetzen.

Zugleich werden Pflegenden dann eher als professionell Handelnde wahrgenommen, wenn sie Praktiken wie Blutentnahmen, intravenöses Spritzen und Katheterisieren ausführen – diese gelten jedoch juristisch als delegierte ärztliche Tätigkeiten, für die Pflegenden zwar ausgebildet, jedoch nicht als verantwortlich angesehen werden. Gerade die Objekte, die invasiv in den Körper eingeführt werden – wie die Spritze, der Tubus und der Blasenkatheter und die mit ihnen verbundenen Praktiken stießen eine Debatte über die Grenzen pflegerischer Kompetenzen an, da das Einführen von Objekten in den Körper im deutschen Kontext Ärzt\*innen vorbehalten zu sein schien respektive scheint. Der Umstand, dass nur wenige Praktiken auch im juristischen Sinne als Kernkompetenz der Pflege gelten, erschwert bis heute die Entwicklung einer Eigenständigkeit in diesem Beruf.

---

90 Zum Prozess der Rationalisierung in der Krankenpflege seit den 1960er Jahren vgl. Susanne KREUTZER, Rationalisierung evangelischer Krankenpflege. Westdeutsche und US-amerikanische Diakonissenmutterhäuser im Vergleich, 1945–1970, in: *Medizinhistorisches Journal* 47/2–3 (2012), 221–243.

**Informationen zur Autorin**

Prof. Dr. Karen Nolte, Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg, Deutschland, E-Mail: [direktorin@histmed.uni-heidelberg.de](mailto:direktorin@histmed.uni-heidelberg.de)