

Prof. Dr. Susanne Kreutzer

## Bewertung pflegerischer Arbeit – Umbrüche in den 1950er/1960er Jahren in Westdeutschland

Die Geschichte der Pflege unterscheidet sich in Deutschland aufgrund der enormen Prägekraft konfessioneller Mutterhaus-Schwesternschaften grundlegend von der Entwicklung anderer Frauenberufe. Zwar waren diese Gemeinschaften wenig geeignet, Pflege als angemessen bezahlten Beruf zu verankern. Dennoch sicherten sie ihren Schwestern eine beachtliche gesellschaftliche Anerkennung. Insbesondere im Kontext der konfessionellen Krankenversorgung nahm der Pflegebereich einen sehr hohen Stellenwert ein. Dies hatte einen überaus naheliegenden Grund: Die Einrichtungen waren im 19. Jahrhundert in der Regel von Schwesternschaften aufgebaut worden. Die Häuser gehörten demnach den Schwesternschaften. Den Ärzten gelang es hier bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht, ihren Führungsanspruch durchzusetzen.

Auch das christliche Konzept von Krankheit als leibliches und seelisches Geschehen beförderte den hohen Stellenwert der Pflege im Kontext der Krankenversorgung. Ärzte und Schwestern galten als sich gegenseitig ergänzende Berufsgruppen. Während die Ärzte an den Krankheitssymptomen, an deren Diagnose und Therapie ansetzten, sollten sich die Schwestern dem Patienten als Gesamtpersönlichkeit widmen. Die Vermittlung von „Geborgenheit“ galt als spezifisch pflegerischer Beitrag zur Heilung von Patienten.

Darüber hinaus setzten die Schwesternschaften in gewisser Hinsicht geschlechtsspezifische Diskriminierungsmechanismen des Arbeitsmarktes außer Kraft. So ist es dem Modell der Schwesternschaften zu verdanken, dass die Pflege der einzige Frauenberuf ist, in dem Leitungsfunktionen bis in die 1960er Jahre hinein selbstverständlich in Frauenhand lagen. Männliche Pflegekräfte klagten in Westdeutschland noch in den 1950er Jahren über ihr Schicksal, ein Leben lang „unter der Fuchtel“ von Frauen arbeiten zu müssen.

Diese hohe Wertschätzung pflegerischer Arbeit setzte sich nicht in eine entsprechende Vergütung um. Bis in die 1950er Jahre hinein galt es als selbstverständlich, dass eine Schwester nicht für Geld-, sondern für „Gotteslohn“ arbeitete. Zu diesem „Gotteslohn“ zählte etwa in religiöser Hinsicht die Aussicht auf ein ewiges Leben, in weltlicher Hinsicht die Dankbarkeit von Patienten und ihrer Angehörigen. Außerdem wurde den Schwestern aufgrund ihrer

aufopferungsvollen Tätigkeit gesellschaftlich ein sehr hoher Respekt entgegengebracht. Der immaterielle Lohn der Schwestern lag auch darin, „nicht wie jede Berufsgruppe“ und damit etwas Besonderes zu sein.

Dennoch arbeiteten die Schwestern nicht „umsonst“. Die Einrichtungen, in die die Schwestern entsandt wurden, stellten den Frauen nicht nur Kost und Logis, sondern sie zahlten außerdem pro Schwester ein so genanntes Gestellungsgeld an das Mutterhaus. Dieses Gestellungsgeld war dezidiert nicht als Leistungslohn konzipiert, sondern als einheitlicher „Mutterhausbeitrag“, mit dem die Schwesternschaften ihre Organisation finanzierten. Eine Oberin war deshalb nicht „teurer“ als eine Schwester, die am Krankenbett tätig war. Die Schwestern selbst erhielten neben Kost- und Logis ein kleines Taschengeld und die zugesicherte lebenslange Versorgung, auch bei Invalidität und im Alter.

Hochgradig prekär gestaltete sich die finanzielle Absicherung des freien, nicht an ein Mutterhaus gebundenen Pflegepersonals. Selbst im öffentlichen Dienst war das Pflegepersonal am untersten Ende der Gehaltsskala angesiedelt. Dieses Vergütungssystem traf die freien Schwestern (und auch männlichen Pflegekräfte) besonders hart, wenn sie alters- oder krankheitsbedingt aus der Pflege ausschieden. Zwar erhielten die mutterhausgebundenen Schwestern kein Gehalt, insbesondere bei Invalidität und im Alter waren sie jedoch erheblich besser abgesichert als das freie Pflegepersonal.

Das tradierte Konzept des „Gotteslohns“ verlor ab Mitte der 1950er Jahre rasant an Zustimmung. Jüngere Frauen waren kaum noch bereit, in ein Mutterhaus einzutreten und zu den bisherigen Bedingungen in der Pflege zu arbeiten. Unter dem Druck eines gravierenden Personalmangels wurde die Pflege ab der zweiten Hälfte der 1950er Jahre zu einem arbeitsrechtlich und tarifvertraglich regulierten Frauenberuf umgestaltet. Indem sich der Pflegeberuf allmählich zu einem „normalen“ Erwerbsberuf entwickelte, verlor er in der öffentlichen Wahrnehmung jedoch auch seine Besonderheit und wurde mit den Maßstäben anderer Berufe gemessen. So klagte 1955 die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände als Dachorganisation aller Schwesternschaften, dass die Krankenpflege nur noch bedingt als höherer Frauenberuf gelte, da die Arbeits- und Lebensbedingungen in der Pflege weit unterhalb der Norm anderer Frauenberufe liegen. Diese Neubewertung pflegerischer Arbeit erreichte auch die konfessionellen Schwesternschaften, die ihre Mitglieder nicht von der allgemeinen Erhöhung des Lebensstandards abgekoppelt sehen wollten.

Den Maßstab für die Gehaltserhöhungen auch im konfessionellen Bereich setzten die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Eine Erhöhung der Vergütung des Pflegepersonals stand seit 1955 auf der Tagesordnung der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV). Einigkeit bestand, dass die Arbeit in der Pflege in finanzieller Hinsicht bislang eklatant unterbewertet und eine Höhergruppierung dringend überfällig war. Doch nach welchen Kriterien sollte pflegerische Arbeit bewertet werden und mit welchen anderen Tätigkeiten sollte sie jeweils verglichen und auf eine Stufe gestellt werden? Auf diese Fragen hatte die Gewerkschaft in den 1950er Jahren keine Antwort.

Die gewerkschaftlich organisierten Schwestern warben vor allem dafür, die Pflege überhaupt als Erwerbsberuf auszugestalten. Auch in der zuständigen Hauptfachabteilung Gesundheitswesen fand keine Auseinandersetzung über die Kriterien der Arbeitsbewertung statt. Es scheint, als wurden die vielfältigen Voraussetzungen, kommunikativen Kompetenzen und pflegerischen Fertigkeiten der Schwestern eher als selbstverständliche weibliche Ressource denn als vergütenswerte Leistung und Qualifikation betrachtet. Auch die hohe Verantwortung für menschliches Leben wurde nicht als Anforderung an Pflegende ins Spiel gebracht.

1957 und 1963 gelang es der ÖTV – vor dem Hintergrund eines sich dramatisch zuspitzenden Pflegenotstands – durchzusetzen, dass das examinierte Pflegepersonal in den Tarifverträgen jeweils eine Vergütungsgruppe höher eingestuft wurde. Dies feierte die Gewerkschaft als großen Erfolg. Dabei unterschlug sie jedoch, dass nicht *die* pflegerische Tätigkeit schlechthin aufgewertet wurde. Denn mit dem Tarifabschluss von 1963 wurden gleichzeitig die Vergütungsgruppensystematik und die Tätigkeitsmerkmale neu geordnet. Tätigkeiten der so genannten Grundpflege, das heißt der elementaren Versorgung von Patienten wie Betten, Waschen, Essen reichen wurden de facto abgewertet. Prämiert wurden vor allem arzt- und technikahe Tätigkeiten. Dies erfolgte vor dem Hintergrund eines fundamental gewandelten Pflegeverständnis, das sie um 1960 in der Hauptfachabteilung Gesundheitswesen durchsetzte. Aus der Krankenschwester als „Betreuerin der Kranken“ sollte die „Gehilfin des Arztes“ werden.

Die ausgeprägte Dominanz konfessioneller Schwesternschaften hatte zwar historisch für eine hohe Anerkennung und Eigenständigkeit der Pflege gesorgt. Mit der Erosion des Mutterhausprinzips entstand jedoch ein Vakuum. Aufgrund der nur schwach entwickelten Strukturen weltlicher Pflege war es den freien Pflegekräften ganz offenkundig nicht gelungen, ein säkulares Konzept pflegerischer Bedeutung und Autonomie zu entwickeln, das eine Basis für mögliche Gehaltsforderungen hätte sein können. Ihnen fiel offenbar nur die Arztassistenten ein.