

Die Pflegekammer

Einführung

Um die pflegerische und medizinische Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung auch zukünftig noch sicherstellen und gewährleisten zu können bedarf es intensiver Überlegungen zur Umstrukturierung des Systems und eine neue Aufgabenverteilung zwischen Medizin und Pflege. Auch ist es unter diesen Umständen notwendig um die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in der gebotenen Qualität aufrecht erhalten zu können unbedingt erforderlich, den Pflegeberuf in all seinen Facetten zu stärken.

Somit ist die Errichtung einer Pflegekammer als demokratisches Instrument der beruflichen Selbstverwaltung alternativlos. Eine Pflegekammer dient der Sicherung eines angemessenen Qualitätsniveaus pflegerischer Dienstleistungen durch die Überwachung der Berufsausübung, durch die Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung und durch die Regulierung der beruflichen Belange der Pflegenden. Sie dient somit direkt dem Verbraucherschutz.

Deshalb fordert der Landespflegeerrat seit Jahren die Selbstverwaltung der Pflegeberufe und somit die Errichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg.

Wir haben Ihnen im folgendem eine Zusammenstellung der wichtigsten Daten rund um das Thema Pflegekammer zusammengestellt und hoffen auf eine breite Unterstützung unseres Anliegens.

Der Landespflegeerrat

Inhaltverzeichnis :

1	Zur aktuellen Situation der Pflege im Kontext Selbstverwaltung	3
2	Was ist eine Pflegekammer	4
3	Ausführungen	4
	3.1 Notwendigkeit der Sicherung der Qualität pflegerischer und medizinischer Versorgung der Bevölkerung	4
	3.2 Notwendigkeit der Transparenz in der Leistungserbringung	5
	3.3 Sicherstellung einer bedarfsgerechten, lückenlosen pflegerischen und medizinischen Versorgung	5
	3.4 Einheitliche Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung – einschließlich des tertiären Sektors – in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Bevölkerung	7
	3.5 Abrechnung von Leistungen durch Pflegekräfte	7
4	Bedeutung der Pflegekammer	7
5	Rechtliche Einordnung der Kammern	9
6	Kammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts	9
	6.1 Kammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts in Deutschland	9
	6.2 Kammern in Bezug auf Europa	9
7	Geschichte der Kammern	11
8	Organisationsstrukturen und Hauptaufgaben der Kammern	10
	8.1 Organisationsstrukturen der Kammern	
	8.2 Hauptaufgaben der Kammern	
9	Einige Vorzüge des Kammermodells	13
10	Fragen und Antworten zur Pflegekammer	14
11	Literaturhinweise	16

1 Zur aktuellen Situation der Pflege im Kontext Selbstverwaltung

Da Pflegekräfte keine eigenständige Selbstverwaltung in Form einer Pflegekammer haben, sind sie in vielen Bereichen ihrer Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung, Berufsausübung und Interessensvertretung eingeschränkt und fremdbestimmt. Konkret zeigt sich das an folgenden Beispielen:

- Bis jetzt haben Medizinalräte der Regierungspräsidien, also Mediziner den Prüfungsvorsitz
- Die Pflege selbst hat wenig Einfluss auf Gesetzes-Vorhaben, die deren Berufsausübung betrifft (z. Bsp. SGB V, SGB IX, Wohn-Pflege-Teilhabegesetz, etc.

In den letzten Jahren hat die Politik die Partizipation der Selbstverwaltung durch z. B. die Delegation an den GBA bei wichtigen Reformvorhaben verstärkt. Die Pflegeberufe als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, sind jedoch keinen falls gleichberechtigt in den gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs eingebunden und an Entscheidungen beteiligt.

2 Was ist eine Pflegekammer

Eine Berufskammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die ihre berufsständische Selbstverwaltung und die Interessen der Gesellschaft bzw. der Bevölkerung zu deren Wohl stellvertretend für den Staat wahrnimmt.

Neben der Erfüllung der einer Pflegekammer zugewiesenen staatlichen Aufgaben leistet (übernimmt) sie die Standesvertretung ihrer Mitglieder. Der Staat hat die Aufsicht (Staatsaufsicht) über die Kammer. Eine Pflegekammer hat die Aufgabe, die beruflichen Belange der Pflegenden zu regulieren, zu vertreten und unter Beachtung der Interessen der pflegebedürftigen Bevölkerung zu überwachen. Dabei soll sie neutral und objektiv die Pflege im Ganzen vertreten. Ein weiteres Ziel liegt in der Sicherstellung einer sachgerechten, professionellen Pflege für die Bevölkerung auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.

3 Ausführungen

3.1 Notwendigkeit der Sicherung der Qualität pflegerischer und medizinischer Versorgung der Bevölkerung

Das Bundessozialgericht (BSG) formuliert in seinem Urteil vom 6.8.1998 (B 3 P 8/97R), dass die Pflegekassen zwar nach § 69 SGB XI eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, den allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben und der Erfolg einer Behandlung jedoch im Kontext der Qualifikation zu betrachten ist. Wenn professionelle Pflege beteiligt ist, kann erwartet oder verlangt werden, dass eine Behandlung zweckmäßig und eine Gewähr auf Heilung bietet. In seinem Urteil vom 20.1.1998 (B 6 KA 23/98R) kommt das BSG zu dem Ergebnis, dass Vertragspartner zur Sicherung der Qualität die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen dafür besonders qualifizierten Kräften vorbehalten darf.

Beide Urteile bekräftigen die Aussage, dass Überlegungen der Neuorganisation der im Gesundheits- und Pflegesystem tätigen Berufsgruppen, die Qualität und Sicherheit des erkrankten oder pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellen muss. Eine einfache Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf die Berufsgruppe der Pflege ist somit nicht ohne weiteres möglich.

Zunächst ist es erforderlich die Gleichwertigkeit der aufgabenbezogenen Kompetenzen zwischen Medizin und Pflege zu betrachten. Die inhaltliche Übertragung oder Ausweitung der Qualifikation gemäß § 4 Abs. 7 AltPflG bzw. KrPflG und damit die Übernahme in die reguläre Ausbildung führt nicht auch gleichzeitig zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität und der Gewährleistung der Patientensicherheit. Die einfache Aufnahme oder Vertiefung der in der Heilkunde – Richtlinie aufgeführten Inhalte in die derzeitige Ausbildungsstruktur würde zur

Verkürzung oder oberflächlicheren Vermittlung auf Kosten anderer Ausbildungsinhalte erfolgen oder zu einer Verlängerung der Gesamtdauer der Ausbildung führen. Das durch die Bund – Länder – Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ erstellte Eckpunktepapier (2012), zeigt erste Ansätze auf, wie eine Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe aussehen kann, die zum einen dem Anspruch der Qualitätssicherung gerecht wird, zum anderen den Rahmen zur Kompetenzentwicklung mit berücksichtigt. Dem Eckpunktepapier zufolge, werden Kompetenzen zur Ausübung der in der Richtlinie aufgeführten Aufgaben nicht während der regulären Pflegeausbildung an Schulen oder Fachseminaren erworben, sondern auf akademischer Ebene. Hier werden zwei Modelle beschrieben: das erste Modell benennt die reguläre dreijährige generalistische Ausbildung als Ausgangspunkt, um anschließend an einer Hochschule oder Universität die erweiterten Kompetenzen zu erwerben. Das zweite Modell zeichnet eine akademische grundständige vierjährige Ausbildung, die die erweiterten Kompetenzen beinhaltet. Ein modularisierter Aufbau der akademischen Qualifizierung ist zwingend erforderlich, da dieser auch Auszubildenden an Pflegeschulen und Fachseminaren den Zugang in die Hochschule oder Universität schon während der Ausbildung ermöglichen würde. Die Abschlüsse, der bereits jetzt theoretisch zur pflegerischen und medizinischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung zur Verfügung stehenden Absolventen der Pflegestudiengänge auf Bachelor- und Masterebene sind auf Gleichwertigkeit zur ärztliche Qualifikation im Kontext der Tätigkeiten gemäß der Heilkunde – Richtlinie zu überprüfen und gegebenenfalls Anpassungsqualifizierungen zu konzipieren. Dies ermöglicht eine zeitnahe Übertragung der in der Heilkunde – Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten auf die Berufsgruppe der Pflege, ohne Qualitätsverluste in der pflegerischen und medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Patientensicherheit und Gewährleistung der Versorgung.

3.2 Notwendigkeit der Transparenz in der Leistungserbringung

Diese kurze und nur sehr grobe Skizzierung der verschiedenen Möglichkeiten zeigt auf, den Kompetenzerwerb zu gestalten. Dabei wird berücksichtigt, dass mit der Übertragung der Aufgaben gemäß der Heilkunde – Richtlinie nicht automatisch alle Berufsangehörigen, die nach dem AltPflIG bzw. KrPflIG ausgebildet wurden, die entsprechenden Kompetenzen zur Ausübung der übertragenen (substituierten) Tätigkeiten vorweisen. Die Kompetenzen der einzelnen Pflegepersonen müssen identifiziert werden können, um die Patientensicherheit und Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten und der Anforderung der rechtlichen Verantwortungsübernahme begegnen zu können. Auch führt die Heilkunde – Richtlinie nicht auf, dass Ärztinnen und Ärzte die aufgeführten Tätigkeiten zukünftig nicht mehr durchführen dürfen.

Die Wahrnehmung der Aufgaben liegt nun nicht mehr ausschließlich im Bereich der Medizin. Andernfalls würde dies, bei Aufrechterhaltung des Medizinstudiums mit seinem derzeitigen Inhalt und seiner Form, einem tätigkeitsbezogenem Ausübungsverbot gleichen. Dies widerspricht dem Urteil des BSG vom 16.7.2003 (B 6 KA 49/02R), dem zufolge die berufliche Tätigkeit geschützt ist und Eingriffe in der Freiheit der Berufsausübung einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. Diese ist hier nicht gegeben, so dass der Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten an der Versorgung, die im Zusammenhang mit in der Heilkunde – Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten stehen, keine rechtliche Grundlage mit sich bringt (vgl. auch BSG 3.3.1999 –B 3 KA 18/98R).

Diesen unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen, insbesondere innerhalb des Pflegeberufes, ist bei Überlegungen der Neuorganisation der Berufe im

Gesundheits- und Pflegesystem Rechnung zu tragen. Diese verschiedenen, zur pflegerischen und medizinischen Versorgung zur Verfügung stehenden Qualifikationen und Kompetenzen sind den Akteuren im System und den Versicherten transparent darzulegen und in die Planung zur Sicherstellung der Versorgung einzubinden.

3.3 Sicherstellung einer bedarfsgerechten, lückenlosen pflegerischen und medizinischen Versorgung

Dies setzt voraus, dass nicht nur die zur Verfügung stehenden Ärzte, mit und ohne Weiterbildungen im Sinne des Facharztes, im System bekannt sind, sondern ebenfalls nachvollzogen werden kann, wie viele Pflegekräfte mit welchen Qualifikationen und Kompetenzen zur pflegerisch –medizinischen Versorgung hinzugezogen werden können. Dies setzt eine Registrierung der Pflegekräfte unter Berücksichtigung der Qualifikationen voraus, wie es im Rahmen einer Verkammerung bei den Ärzten erfolgt bzw. in der Pflege erfolgen würde. Derzeit gibt es für Pflegekräfte keine Institution, die eine rechtlich verbindliche Registrierung ermöglicht und darüber auch berufliche Anerkennungen bestätigen oder aussprechen würde bzw. könnte.

Primäres Ziel der Verkammerung der Pflege ist und muss die leistungsfähige und lückenlose pflegerische und medizinische Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung sein. Dabei ist eine wohnortnahe Versorgung zu beachten und die Sicherstellung der insbesondere ambulanten Versorgung anzustreben (§ 3 SGB XI, § 43 Abs. 1 SGB XI).

Dies setzt außer einer Registrierung von Pflegekräften auch eine Bedarfsplanung voraus. Vergleichbar der Bedarfsplanungs –Richtlinie der Ärzte ist es erforderlich, die Pflegekräfte mit Kompetenzen zur Ausübung der Tätigkeiten gemäß der Heilkunde – fokussiert zu qualifizieren als auch regional zuzulassen. Hier kann vergleichbar der ärztlichen Verkammerungsstruktur eine jährliche Bedarfsplanung erfolgen, die sich jedoch nicht nur an dem Verhältnis zur Einwohnerzahl ausrichtet, sondern auch ärztlich und pflegerischen strukturschwache Regionen und die regionale Epidemiologie mit aufgreift. Entsprechend kann eine Zulassungsbeschränkung formuliert werden bzw. eine Zulassungsordnung erlassen werden. Letztere dient dabei dem Interesse der Allgemeinheit und zielt auf eine möglichst leistungsstarke und lückenlose Versorgung (vgl. auch BSG 28.9.2005 – B 6 KA 70/04R, BSG 9.6.1999 – B 6 KA 37/98R, BSG 3.3.1999 – B 6 KA 18/98R). Die Krankenkassen bedienen sich dann der zugelassenen Leistungserbringer aus Medizin und Pflege, um die Naturalleistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen. Bei einer Verkammerung der Pflege und der Zulassung akademisch grundständig qualifizierter Pflegekräfte an der pflegerisch – medizinischen Versorgung hält die Krankenkasse weiterhin die zugelassenen Leistungserbringer verfügbar, und auch die Versicherten wählen weiterhin den Leistungserbringer, den sie in Anspruch nehmen möchten

(vgl. auch BSG 18.7.2006 – B 1 KR 24/05R, BAG 28.3.2007 – 10 AZR 390/06, BSG 17.3.2005 – B 3 KR9/04R).

3.4 Einheitliche Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung – einschließlich des tertiären Sektors – in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Bevölkerung

Wie in der Agenda Pflegeforschung für Deutschland (2012) beschrieben, weisen die derzeitigen Weiterbildungsstrukturen sowie die Studiengangsangebote in der Pflege an den Hochschulen und Universitäten eine große Varianz in der Ausrichtung und curricularen Ausgestaltung auf. Im Ansatz wird auch im Eckpunktepapier der Bund-Länder – Arbeitsgruppe (2012) formuliert, in dem nicht nur die inhaltliche Ausrichtung der generalisierte Ausbildung in der Pflege auf Basis eines Bundesgesetzes skizziert wird, sondern auch die akademische Anbindung für die Qualifizierung der Pflegekräfte zur Ausübung der Tätigkeiten gemäß der Heilkunde – Richtlinie angerissen wird. Eine ähnliche Situation der jetzigen Weiterbildungsheterogenität in der Pflege zeigt sich bei den Ärzten. Auch hier sind die Weiterbildungsordnungen auf Länderebene verortet, was zu Rechtsstreitigkeiten in der Zulassung und Abrechnung von Leistungen führt. Die fehlende Definition und Abgrenzung einzelner Fachgebiete führt zu unterschiedlichen Zuordnungen bestimmter Leistungen der Vertragsgebührenordnung (BSG 9.6.1999 – B 6 KA 37/98R). Um dem in der Pflege von vorne herein entgegenzuwirken, ist der Forderung der Agenda Pflegeforschung für Deutschland (2012) zu folgen und ein bundeseinheitlicher Standard oder Rahmen in der Qualifizierung nicht nur der Tätigkeiten gemäß der Heilkunde – Richtlinie zu definieren, sondern auch hinsichtlich der Weiterbildungen in der Pflege. Dies ist eine klassische und die ureigenste Aufgabe einer Pflegekammer. Somit führt die Verkammerung der Pflege nicht nur dazu, dass eine an der Bevölkerung ausgerichtete Bedarfsplanung der pflegerisch – medizinischen Versorgung ermöglicht wird, sondern gleichzeitig ein gemeinsamer, verbindlicher, am aktuellen allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientierter Rahmen für Aus-, Fort und Weiterbildung – auch auf tertiärer Ebene – bundeseinheitlich regelt wird, ohne das Länderhoheiten verletzt werden (vgl. AltPflG und KrPflG mit Ausführungsverordnungen auf Länderebene).

3.5 Abrechnung von Leistungen durch Pflegekräfte

In § 2 Abs. 2 führt die Heilkunde – Richtlinie die wirtschaftliche Verantwortlichkeit der Pflegekräfte für Tätigkeiten auf. Dies impliziert die Verfügbarkeit finanzieller Mittel. Vor diesem Hintergrund sind jedoch die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen: die Erbringung und Abrechnung von Leistungen beispielsweise zur Rehabilitation und Vorsorge zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) setzt eine ärztliche Qualifikation voraus (BSG 22.4.2009 – B 3 P 8/07R).

Die Anordnungspflicht von Teilhabeleistungen und Behandlungspflege beruht auf der Möglichkeit der Leistungsabrechnung, die nur in Zusammenhang mit der ärztlichen Qualifikation möglich ist (Urteil vom 12. 8. 1987 - 8 RK 22/86). Diese Regelungen basieren noch auf der Reichsverordnung und wurden seitdem nicht mehr auf ihre Gültigkeit hin überprüft, insbesondere vor der veränderten Qualifikationsstruktur und den vorgehaltenen Kompetenzen der Pflege.

Neben der Überprüfung der rechtlichen Strukturen, die die Abrechnungsmöglichkeiten erbrachter Leistungen durch die Pflege eröffnen oder verhindern, ist gleichzeitig über die Pflegekammer der Vorbehalt der Rückerstattung bzw. Leistungsabrechnung auf

bestimmte Qualifikationen einzugrenzen. Diese Leistungen sind infolgedessen mit einem Vorbehalt für speziell qualifizierte Pflegekräfte belegt (vgl. auch BSG 18.7.2006 – B 1 KR 24/05R). Damit würden sich die Vorbehaltsaufgaben innerhalb der Pflege dem System der Ärzte annähern, indem sich Vorbehaltsaufgaben innerhalb der Profession auf die Abrechnungsmöglichkeiten über einen Leistungskatalog beziehen (vgl. BSG 1.7.1998 – B 6 KA 27/97R). Jedoch gilt auch hier analog zur Medizin für die Pflege, dass vertragspflegerische Leistungen nicht aufgrund fehlender Kostendeckung abgelehnt oder nicht angeboten werden können / dürfen (vgl. BSG 14.3.2001 – B 6 KA 54/00R).

4 Bedeutung der Pflegekammer

Zusammenfassend begegnet die Pflegekammer folgenden Herausforderungen in der Neuorganisation der Berufe im Gesundheits- und Pflegesystem:

1. eine an den Bedarfen der Bevölkerung ausgerichtete pflegerisch – medizinische Versorgung
2. über Beratungs- und Informationsstellen für die Bürger einen nicht unerheblichen Beitrag des politisch gewollten pflegerischen Sicherstellungsauftrages zu leisten
3. Aufrechterhaltung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität durch Zulassungs- bzw. Abrechnungsbeschränkungen von Leistungen auf speziell dafür qualifizierte Pflegekräfte
4. Aufrechterhaltung und Sicherstellung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität durch bundeseinheitliche Regelungen mit länderspezifischen Ausführungsverordnungen für die Fort- und Weiterbildung einschließlich der tertiären Ebene
5. Sicherstellung einer möglichst leistungsfähigen und lückenlosen pflegerisch – medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch die selbstständige Ausführung und fachliche, rechtliche sowie wirtschaftliche verantwortliche Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten
6. durch Bereitstellung von Informationen zur Anzahl und Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland und damit verbundene Steuerungsmöglichkeiten in der Qualifizierung und regionalen Zulassung speziell qualifizierter Pflegekräfte

5 Rechtliche Einordnung der Kammern

In Deutschland gibt es derzeit 330 Kammern. Diese gliedern sich nach Berufszweigen folgendermaßen auf:

Wirtschaftskammern ,

- die Industrie- und Handelskammern (81 Kammern mit über 3 Millionen Mitgliedern),
- die Handwerkskammern (52 Kammern mit ca. 800.000 Mitgliedern)
- die Landwirtschaftskammern (7 Kammern mit ca. 230.000 Mitgliedern)

Kammern der so genannten Freien Berufe, also akademische Berufe, bei denen der Berufszugang und die Berufsausübung streng reglementiert sind. Die freiberuflichen Kammern sind grundsätzlich auf Landesebene organisiert. Dazu gehören

- die Ärztekammern (17 Kammern mit ca. 407.000 Mitgliedern),
- die Zahnärztekammern(17 Kammern mit ca. 75.000 Mitgliedern),
- die Tierärztekammern (17 Kammern mit ca. 9000 Mitgliedern),
- die Apothekerkammern (17 Kammern mit ca. 61.000 Mitgliedern)
- die Psychotherapeutenkammern (12 Kammern mit ca. 3500 Mitgliedern).

Dem Bereich der rechts- und wirtschaftsberatenden Berufe werden die

- Notarkammern (21 Kammern mit ca. 10.000 Mitgliedern),
- die Rechtsanwaltskammern(28 Kammern mit ca. 80.000 Mitgliedern),
- die Patentanwaltskammer (1 Kammern mit ca. 1.500 Mitgliedern),
- die Steuerberaterkammern (21 Kammern mit ca. 60.000 Mitgliedern)
- die Wirtschaftsprüferkammer (1 Kammer mit ca. 15.000 Mitgliedern) zugeordnet.

Bei den technisch orientierten Berufen sind

- die Architektenkammern (16Kammern mit ca. 90.000 Mitgliedern)
- die Ingenieurkammern (15 Kammern mit ca. 30.000 Mitgliedern)

Schließlich sind an der See noch

- die sieben Lotsenbrüderschaften (mit ca. 900 Mitgliedern) und die Bundeslotsenkammern anzutreffen.

Eine Sonderstellung nehmen die Arbeitnehmerkammern in Bremen und im Saarland ein.

6 Kammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts

6.1 Kammern als Körperschaft des öffentlichen Rechts in Deutschland

Im organisatorischen Ansatzpunkt folgen die Kammern dem gleichen Leitbild wie die Vereine und Verbände: sie verfügen über eine mitgliedschaftliche Struktur. Man spricht deshalb auch von Personalkörperschaften. Das bedeutet konkret, dass die Leitungsorgane der Kammern von den Mitgliedern bestimmt und legitimiert werden (bottom-up-Steuerung). In diesem Organisationsprinzip ist auch die Demokratietauglichkeit der Körperschaft des öffentlichen Rechts begründet. Beim deutschen Kammermodell ist die gesetzliche Pflichtmitgliedschaft aller Personen bzw. Organisationen vorgesehen, die einen bestimmten Beruf ausüben, ebenso wie ein Pflichtbeitrag/Beitragszahlung. Das Bundesverfassungsgericht sieht in der gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in den Kammern einen Grundrechtseingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), der aber gerechtfertigt ist, da die Kammern legitime Aufgaben wahrnehmen, für die eine Mitgliedschaft aller Berufsangehörigen erforderlich ist.

Die Kammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts entweder Teil der mittelbaren Bundesverwaltung (so vor allem die bundesweit zuständige Wirtschaftsprüferkammer und Patentanwaltskammer) oder der jeweiligen mittelbaren Landesverwaltung.

Sie unterstehen dabei der Rechtsaufsicht des sachlich zuständigen Bundes- oder Landesministeriums.

Eine Fachaufsicht ist nur punktuell und ausnahmsweise vorgesehen.

6.2 Kammern in Bezug auf Europa

Andere Länder sind im Bezug auf eine Kammer weiter. 34 Länder in Europa besitzen eine Pflegekammer. Eine Vergleichbarkeit von Pflegeausbildungen und Arbeitsgebiete ist dann eher möglich. Eine Freizügigkeit als Arbeitnehmer in Pflegeberufen wird somit gegeben sein. Somit rückt der Binnenmarkt auch für die Pflegeberufe immer näher. Der europäische Sinn einer Kammer ist ein demokratisches Instrument für Beteiligung von Bevölkerungsgruppen, so wie es die Pflege darstellt. Die europäische Union wünscht sich eine Sicherstellung eines hohen Gesundheits- und Verbraucherschutzes.

7 Geschichte der Kammern

Das Gestaltungsprinzip der Selbstverwaltung ist in der deutschen Staatstradition vor allem durch die zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts in Preußen eingeführte kommunale Selbstverwaltung bekannt geworden. Das Grundgesetz hat in Art. 28 die kommunale Selbstverwaltung in Gemeinden und Kreisen als zwingende Organisationsform abgesichert (Einrichtungsgarantie). Vergleichbare verfassungsrechtliche Regelungen für die Kammern findet man nur in den Landesverfassungen von Baden-Württemberg und Niedersachsen.

Die in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts (zunächst in Preußen) entstandenen Kammern beruhen auf dem Gedanken der Betroffenen-Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung bezieht sich auf staatliche Aufgaben von denen die Mitglieder betroffen sind, die also einen thematischen Bezug zu ihnen besitzen. Es wird dabei nicht an die Stellung als Staatsbürger und den Wohnsitz, sondern an die Ausübung eines Berufs angeknüpft.

Motive für die Gründung der Kammern: In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren vor allem im Bereich der Wirtschaft und der Naturwissenschaften schnelle Veränderungen und Entwicklungen zu verzeichnen, die sowohl an die Berufsausübung als auch die staatliche Steuerung dieser Bereiche neue, hohe Anforderungen stellten. Der Staat stand damit vor der Alternative, sich entweder selbst den dafür erforderlichen Sachverstand zu beschaffen, indem er entsprechende Fachleute in den Staatsdienst einstellte; er konnte aber auch den zweiten Weg gehen und jedenfalls einen Teil dieser Aufgaben dem jeweiligen Berufsstand als Aufgabe übertragen.

Während in den romanischen Staaten der erste Weg beschritten und viele Akademiker in den Staatsdienst übernommen wurden, beschritt man in Preußen den zweiten Weg, der für den Staat „günstiger“ und für den Berufsstand freiheitlicher war. Die Gründung der Kammern war deshalb von Beginn an durch Überlegungen der Effizienz und Effektivität mitbestimmt. Man hat deshalb das Kammerwesen auch als joint venture von Staat und Berufsstand bezeichnet.

8 Organisationsstrukturen und Hauptaufgaben der Kammern

8.1 Organisationsstrukturen

Die Organisationsstruktur der Kammern ist in den wesentlichen Punkten durch die Kammergesetze vorgegeben. Dieses regelt auch die einzelnen Organe und ihre Bildung und Zusammensetzung.

Hauptorgan der Kammern sind die Mitglieder/ Stellvertreterversammlung oder Vollversammlung.

Diese wird von allen Mitgliedern gewählt. Dabei werden in Kammern, die mehrere Berufsgruppen zusammenfassen, Wahlgruppen gebildet. So ist gewährleistet, dass jede Berufsgruppe und ihre Interessen in der Vollversammlung repräsentiert sind. Die Wahlen finden in den meisten Fällen alle vier bis sechs Jahre statt. Das entspricht ungefähr der Amtsperiode von Bundestag und Landtagen (vier oder fünf Jahre). Die Vollversammlung tagt in der Regel mindestens zweimal im Jahr und ist für die Wahl des Präsidiums, Grundsatzfragen sowie den Erlass der Satzungen (Beitragsordnung, Wahlordnung usw.) zuständig.

Das Präsidium und die Geschäftsführung

Die Vollversammlung wählt ein Präsidium, das aus mindestens drei Personen besteht und für die laufende Arbeit der Kammer sowie deren Vertretung und Repräsentation zuständig ist. Das Präsidium arbeitet ehrenamtlich, d.h. neben der Ausübung des bisherigen Berufes, der die Kammerzugehörigkeit begründet. In der Praxis ist aber zu beobachten, dass hier eine entsprechende Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Das Präsidium wird durch eine Geschäftsstelle unterstützt, die durch einen oder mehrere Geschäftsführer geleitet wird.

Geschäftsstelle

Besetzt mit mehreren Personen, Finanzierung erfolgt durch die Beiträge der Kammermitglieder (die durch eine Beitragsordnung festgesetzt werden) sowie Gebühren für Dienstleistungen der Kammern.

8.2 Hauptaufgaben der Kammern

Die Aufgaben der Kammern unterscheiden sich zwar in den Einzelheiten erheblich voneinander und untereinander. Man kann aber drei Gruppen von Aufgaben gut unterscheiden.

Standesdisziplinierung (Registrierung, Berufsordnung, Ethische Normierung)

Erstens: Die hoheitlichen Aufgaben, die der Staat auf die Kammern delegiert und sich dadurch entlastet. Dies betrifft vor allem den Erlass von Berufsordnungen, die Berufszulassung und die Berufsaufsicht einschließlich der Berufgerichtsbarkeit.

Standesvertretung (Gutachten, Gesetzesmitwirkung, Berufszulassung)

Zweitens: sachverständige Beratung staatlicher Stellen sowie die Interessenvertretung. Die Interessenvertretung ist vor allem im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren und anderen staatlichen Entscheidungen von Belang. Hier können die Kammern ihre Sicht der Dinge vortragen und zu den Entwürfen der Ministerialverwaltung und des Parlaments Stellung nehmen. Diesen Stellungnahmen kommt in der Regel eine große praktische Bedeutung zu.

Standesförderung (Ausbildung, Studium, FB/WB, Qualitätssicherung)

Drittens: Die vielfältigen Dienstleistungen, die vor allem angeboten werden, um die Berufstätigkeit der Mitglieder zu unterstützen, etwa durch Fortbildung oder Beratung. Bei einigen Berufskammern (Ärzte, Notare, Rechtsanwälte) wird auch eine solidarische Versorgung in Gestalt von Versorgungswerken angeboten, die der Alterssicherung dienen und in Konkurrenz zur Rentenversicherung treten.

9 Einige Vorzüge des Kammermodells

Ermöglichung von Autonomie im Bereich staatlicher Aufgaben

Kammern erfüllen hoheitliche bzw. staatliche Aufgaben

Damit eröffnet das Kammermodell, Autonomie auch in den staatlichen Bereich hineinzutragen und den Berufsträgern eine Mitwirkung (Partizipation) im Bereich des Berufsrechts zu eröffnen.

Staats- und Politikentlastung

Übernehmen die Kammern staatliche Aufgaben, wie die Berufszulassung, die Berufsaufsicht, die Berufgerichtsbarkeit, die Fortbildung, so führt dies nicht nur zu einer Staatsentlastung, sondern parallel dazu auch zu einer Politikentlastung. Der parteipolitische Diskurs über die entsprechenden Themenbereiche wird in den fachlichen Diskurs der Berufsorganisationen überführt. Daran sind neben den Kammern dann auch die privatrechtlichen Berufsorganisationen beteiligt.

Effizienz- und Akzeptanzsteigerung

Es besteht auch eine Vermutung, dass die Aufgabenerfüllung durch Kammern und die Mitwirkung der Betroffenen zu einer Erhöhung von Effizienz und Akzeptanz führt.

10 Fragen und Antworten zur Pflegekammer

Welche Maßnahmen können alternativ zu einer Pflegekammer erfolgen, um die Pflege nachhaltig zu stärken?

Für das Berufsfeld Pflege: Im Gesundheitssystem Deutschlands bzw. in Baden-Württemberg gibt es derzeit keine Alternative - nur durch eine Pflegekammer kann für Pflegeberufe die berufliche Autonomie und Selbstverwaltung mit den entsprechenden Folgen gesetzlich legitimiert werden. Ergänzend zu einer Pflegekammer müssen die Ausbildungsrahmenbedingungen (neues Berufsgesetz Pflege im Rahmen einer generalistischen Ausbildung) verbessert werden, flächendeckend Studienangebote geschaffen werden, adäquate Arbeitsbedingungen mit angemessener Bezahlung geschaffen werden, die Gestaltung ausreichender verlässlicher Personalschlüssel in allen Sektoren sichergestellt sowie berufsrechtliche Rahmenbedingungen endlich formuliert werden.

Ist die Gründung einer neuen Kammer, insbesondere einer Kammer, deren Mitglieder überwiegend nicht selbständig tätig sind, verfassungsgemäß?

Dies ist bereits durch mehrere Gutachten belegt. (z.B. Prof. Dr. Gerhard Igl, 2008, weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit) Im Gesetzentwurf des Heilberufe-Pflegekammergesetzes ist in der Begründung (A. Allgemeiner Teil, I. Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, Abschnitt 2) die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Pflegekammer bereits festgehalten.

Ist die Pflichtmitgliedschaft der Pflegekräfte in einer Kammer rechtlich zulässig?

Diese Frage betrifft das Kammerwesen grundsätzlich und würde die Pflichtmitgliedschaft aller Kammern in Frage stellen. Das Erfordernis der Pflichtmitgliedschaft wird als rechtmäßig angesehen. Wir verweisen auf die Beurteilung des EuGH, der ausdrücklich betont, dass das Erfordernis der Pflichtmitgliedschaft bei Berufskörperschaften als rechtmäßig anzusehen ist, da damit die Zuverlässigkeit und die Beachtung der standesrechtlichen Grundsätze, sowie die disziplinarische Kontrolle der beruflichen Tätigkeit und damit schutzwürdige Rechtsgüter gewährleistet werden.

Welche Akzeptanz erwarten Sie bei Pflegerinnen und Pflegern hinsichtlich einer Zwangsmitgliedschaft in einer Pflegekammer?

Befragungen in Sachsen, Rheinland-Pfalz, Bayern, Niedersachsen und Hessen haben gezeigt, dass die Zustimmung zur Pflichtmitgliedschaft mit ca. 70 % sehr hoch ist. Ein geringer Anteil (ca. 10 %) haben die Pflegekammer abgelehnt, ca. 20 % haben noch Beratungsbedarf.

Wie lässt sich Ihrer Ansicht nach das im Kammerwesen kontrovers diskutierte Thema der Zwangsmitgliedschaft und der Beiträge entschärfen?

Aufgrund der hohen Menge an Kammermitgliedern lassen sich beispielsweise bei der Mitgliederverwaltung Synergieeffekte realisieren und somit ist eine relativ geringe Beitragshöhe zu erwarten. Genaue Angaben dazu bedürfen jedoch einer Kalkulation, dies ist Aufgabe des Gründungsausschusses. Hierdurch besteht für alle Pflegefachpersonen, als Mitglied der Kammer, die Möglichkeit der Einflussnahme durch die demokratische Wahl. Die Beitragshöhe zur Kammer hängt ganz wesentlich von der ihr übertragenen Aufgaben ab. Zur Pflichtmitgliedschaft gibt es keine Alternative. Diese ist in allen Kammern obligat.

Inwiefern könnten Bürger, Patienten, Pflegebedürftige konkret von einer Pflegekammer profitieren?

Die Kammer setzt Maßstäbe zur Sicherung der Pflegequalität und überwacht die Einhaltung der Berufspflichten der Berufsangehörigen, die in der Berufsordnung festgelegt sind. Darüber hinaus setzt die Kammer Standards für die Fort- und Weiterbildung. Dies sichert eine pflegerische Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft für die Bürgerinnen und Bürger. Sollte eine Pflegefachperson gegen die Berufspflichten verstoßen, können sich die betroffenen Bürger an die Pflegekammer wenden.

11 Literatur

- Albrecht, Jens (2005); „Die Pflegekammer als Instrument für die qualitativ hochwertige Sicherung des gesellschaftlichen Pflegebedarfs.“, *Pflegenetz*, 02/05, S. 4-8
- Deutscher Pflegerat (Hrsg.); Gerhard Igl (2008): „Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeiten. Voraussetzungen und Herausforderungen.“, München, Verlag Urban & Vogel
- Bündnis 90/ Die Grünen Schleswig-Holstein (2011); „Einrichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein“, Antrag P1 Landesparteitag 28.-29.5.2011
- Förderverein zur Errichtung einer Pflegekammer in Niedersachsen e.V. (2006); „Pflege – ein gesellschaftlicher Auftrag. Gute Argumente für die Verkammerung der Pflegeberufe“, <http://www.pflegekammer-nrw.de>
- Komba Gewerkschaft (2012): „komba unterstützt Forderung nach einer Pflegekammer“, *Info* 3/2012
- Köster, Christina; Scharrer, Cindy (2009); „Organisationsbereitschaft beruflich Pflegenden in Deutschland“, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0009-dppl-v3-de0>.
- Hanika, Heinrich; Mielsch, Marion; Schönung, Melanie (2005), „Pflegekammern in Deutschland – Durchbruch oder endlose Warteschleife?! Betrachtungen aus aktueller rechtlicher und gesellschaftspolitischer Sicht“, *PflegeRecht* 9(5): 203-16.
- Hanika, Heinrich (2012); „Pflegekammern im europäischen Kontext“, *Heilberufe SCIENCE* 3;6
- Hanika, Heinrich (2011); „Pflegekammer in Europa und Deutschland“, Vortrag a .d. Fachtagung BALK Bayern, Irsee 21.7.2011
- Helmhold, Ursula, (2012); „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe und zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe in Niedersachsen“, Rede zur Landtagssitzung am 17.07.2012
- Hessisches Sozialministerium (2007); „Positionspapier des Fachbeirates Pflege zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen“,
- Igl, Gerhard (1998); „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche“, Hrg.: ADS, BKK, BA, BALK, DBfK, Druckhaus Göttingen
- Rossbruch, Robert (2001); „Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig?“ *Pflege Recht*, 4. Jahrgang, Wolters Kluwer Deutschland, Neuwied, S.10
- Sachverständigenrat (2012) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, Sondergutachten, <http://www.svr-gesundheit.de>

Sachverständigenrat (2007); „Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“, <http://www.svr-gesundheit.de>

Sielaff, R. (2001); „Pflegekammern als Instrument zur Professionalisierung der Pflege“, *PflegeRecht* 2/2001, S.58 - S.67

SPD Landtagsfraktion Schleswig-Holstein (2011); Änderungsantrag der Fraktion der SPD „Bessere Anerkennung und Rahmenbedingungen in der Pflege“, DS 17/2007 / DS 17/ 1963 (neu)