

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 109-125



7	Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?	109
	<i>Antje Schwinger</i>	
7.1	Initiativen und Diskurs um Pflegekammern in Deutschland	110
7.2	Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf Pflegekammern.....	111
7.3	Verfassungsrechtlichkeit von Pflegekammern in Deutschland	113
7.4	Aufgaben von Pflegekammern	114
7.4.1	Überwachung der beruflichen Standards	114
7.4.2	Definition von Weiterbildungsstandards.....	120
7.4.3	Mitwirkung der Berufsgruppe.....	121
7.5	Zusammenfassung und Fazit	122

7 Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege?

Antje Schwinger

Abstract

Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern fokussiert die Frage, ob es gelingen kann, durch die Errichtung von Pflegekammern eine verbesserte Interessenvertretung des Pflegeberufs zu erreichen. Der Beitrag legt nahe, dass hierbei letztlich über die falsche Frage gestritten wird. Diese lautet nicht: Braucht es eine in Form einer Pflegekammer institutionalisierte Interessenvertretung? Sondern: Gibt es Defizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht, die die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Und wenn ja, wie kann diesem Problem begegnet werden? Um dies zu beantworten, werden die potenziellen Aufgaben von Pflegekammern beschrieben. Dies sind in erster Linie die Überwachung der Berufsordnung, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung. Anschließend werden die heutigen gesetzlichen Rahmenvorgaben skizziert und diskutiert, welche Chancen und Schwächen eine Übertragung der jeweiligen Aufgaben an Pflegekammern hätte.

There is a long-standing discussion on the self-regulation of nurses in Germany. Most attention is given to the question whether the nursing profession will benefit from the introduction of nursing councils. This however seems to be the wrong question. Looking at regulation theory, the issues to be discussed should be: Are there shortcomings in the professional regulation which compromise the delivery of high quality care and the protection of the patients against inadequate care? And if so, is the establishment of nursing councils the right answer? To analyse this, the article describes the potential duties of nursing councils. These are the monitoring of the professional code of conduct, the wording of educational standards and the participation in policy development. Subsequently, the paper outlines the current legal framework and discusses the strength and weaknesses of assigning the respective duties to the profession itself.

7.1 Initiativen und Diskurs um Pflegekammern in Deutschland

Zu Beginn des Jahres 2016 hat in Rheinland-Pfalz die erste Landespflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen. In Schleswig-Holstein und voraussichtlich auch in Niedersachsen steht die Errichtung von Pflegekammern ebenfalls bevor.¹ Bisher waren Kammern als berufsständische Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen allein Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern vorbehalten. Von einer flächendeckenden, bundesweit in allen Ländern eingeführten Selbstverwaltung von Pflegekräften ist man damit aber noch weit entfernt, obwohl in einer Reihe weiterer Bundesländer die Einführung von Pflegekammern intensiv diskutiert wird.

Die Idee der Pflegekammer ist dabei höchst umstritten. Der fachöffentliche Diskurs lässt sich exemplarisch skizzieren an den Positionen des Dachverbandes der Berufsverbände der Pflegeberufe DPR als Befürworter auf der einen und der Gewerkschaft ver.di sowie des Bundesverbandes der privaten Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) auf der anderen Seite (Abbildung 7–1). Hervorzuheben ist, dass die konkreten Aufgaben der Pflegekammer zwar benannt werden, letztlich aber nicht im Fokus der Diskussion stehen. Stattdessen wird meist über die Frage gestritten, ob durch eine berufliche Selbstverwaltung in Form einer Kammer die Interessenvertretung der Pflegekräfte verbessert und damit eine Aufwertung des Berufs erreicht werden kann. Als Blaupause kann hier sicherlich die Position und das Wirken der Ärztekammern in Deutschland unterstellt werden.

Exemplarisch für diese Zuspitzung steht, dass die Pflegekräfte bei allen durch die jeweiligen Landesregierungen beauftragten Meinungsumfragen zur Einführung von Pflegekammern genau dies gefragt wurden: Nämlich, ob die Pflegekammer eine einheitliche Stimme gegenüber Politik und Öffentlichkeit schaffe und so die Position der Pflege im Gesundheitswesen stärke; ob sie eine Aufwertung des Berufsstandes bewirke, die Entlohnung verbessere und helfe den Fachkräftemangel abzuschwächen; ob die Kammer in Konkurrenz zu anderen Vereinigungen stehe, die die Interessen der Pflegekräfte bereits heute vertreten (insbesondere den Gewerkschaften); ob sie den einzelnen Mitgliedern einen Vorteil böte oder allein für Pflichtbeiträge stehe (Infratest dimap 2013; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013a; Info GmbH 2014; siehe hierzu auch Weidner 2014).

Dies ist etwas verwunderlich, denn damit wird eine kritisierte Folge von Berufskammern – nämlich die Durchsetzung privater Interessen der Berufsmitglieder – für die Pflegekammer als primärer Zweck diskutiert. Vor diesem Hintergrund soll im nächsten Abschnitt ein kurzer Überblick über den internationalen Forschungsstand

¹ Das *Heilberufsgesetz* (HeilBG) Rheinland-Pfalz wurde im Juni 2014 mit Drucksache 16/3626 grundlegend überarbeitet und um die Regelungen zur Pflegekammer ergänzt. Im Juli 2015 hat der Landtag in Schleswig-Holstein ebenfalls ein *Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege (PBKG)* (SH Drs. 18/2569) verabschiedet, sodass Anfang des Jahres 2016 ein Errichtungsausschuss seine Arbeit beginnen wird. In Niedersachsen liegt seit dem 7. August 2015 ein *Entwurf für ein Gesetz über die Pflegekammer Niedersachsen (PflegeKG)* zur Verbandsbeteiligung vor.

Abbildung 7–1

Übersicht zu den Positionen der Kammer-Befürworter und Kammer-Gegner	
<p style="text-align: center;">Argumente der Pflegekammer-Befürworter</p> <p style="text-align: center;">Für die Errichtung einer Pflegekammer spricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Qualität der pflegerischen Dienstleistungen; Schutz vor unsachgemäßer Pflege • Festlegung und Weiterentwicklung von fachlichen Standards; Vereinheitlichung der derzeit stark schwankenden Qualitätsniveaus pflegerischer Dienstleistungen und Ermittlung von diesbezüglichem Forschungsbedarf • Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterqualifizierung der Berufsangehörigen • Schaffung einer Berufsordnung mit ethischen Leitlinien für das Handeln professionell Pflegender • Sanktionen bei Verstößen gegen die Berufsordnung • Definition von Inhalt und Spektrum der Pflege erfolgt nicht mehr durch Dritte • Belange der Berufsgruppe werden gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen gebündelt • Professionalisierungsprozess wird beschleunigt • Registrierung aller Pflegefachkräfte; Fachkräfteprognosen • Kein Ersatz von Berufsverbänden oder Gewerkschaften 	<p style="text-align: center;">Argumente der Pflegekammer-Gegner</p> <p style="text-align: center;">Gegen die Errichtung einer Pflegekammer spricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Probleme werden nicht gelöst; schlechte Pflegequalität resultiert aus den schlechten Rahmenbedingungen des Berufsalltags (hoher Arbeitsdruck, Überstunden, Einspringen an freien Tagen, zu wenig Zeit für Patientinnen und Patienten) • Berufsrechtliches Disziplinarrecht ist keine wirksame Kontrolle der Berufsausübung • Verpflichtungen zur Weiterbildung sind überflüssig; da in der Verantwortung der Arbeitgeber • Regelungskompetenz für Aus- und Weiterbildung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe • Wahrnehmung der beruflichen Belange wird wahrscheinlich nicht gelingen; die jeweiligen Interessen der auch heute existierenden Verbände müssten gebündelt werden (Berufsverbände übernehmen weiterhin die fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben und die Gewerkschaften die Tarifpolitik) • Ein höheres Ansehen des Berufs wird durch eine Kammer nicht erreicht; Ansehen hängt mit Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen zusammen • Bürokratie und zusätzliche Kontrollen • Die entstehenden Kosten stehen in keinem Verhältnis zu einem möglichen Nutzen. • Zwangsmitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge für die Pflegekräfte sind abzulehnen
<p>Quelle: Die folgenden Standpunkte sind eine Zusammenfassung der Zusammenstellungen und Flyer auf der Internetseite des DBfK, die in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsorganisationen des Deutschen Pflegerates und der Landespflegeräte erstellt wurden. http://pflegekammer-jetzt.de; (12.07.2015)</p>	<p>Quelle: Für einen Überblick über die Positionen von ver.di siehe URL: https://gesundheit-soziales.verdi.de/berufe/pflegeberufe/pflegekammer [Stand 02.03.2015] / Für einen Überblick über die Positionen des bpa siehe URL: http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/pflegekammer/index.html; (02.03.2015)</p>
Pflege-Report 2016	WlD0

zur beruflichen Regulierung gegeben werden. Dabei wird auf die ökonomischen Theorien zur beruflichen Regulierung wie auch auf soziologische Theorien zur Professionalisierung und zur Verkammerung eingegangen.

7.2 Ökonomische und professionssoziologische Sicht auf Pflegekammern

Aufgrund der besonderen Schutzbedürfnisse von Patienten sind Berufe im Gesundheitswesen in der Regel reguliert, d. h., die Qualifikationsanforderungen, die zu ihrer Ausübung berechtigen, sind durch den Gesetzgeber vorgegeben. Das Führen einer Berufsbezeichnung ist dabei mit bestimmten vorgegebenen Qualifikationen verbunden – dies wird als Berufsbezeichnungsschutz bezeichnet. Mit der Berufsbe-

zeichnung kann auch die Ausübung spezifischer Tätigkeiten verknüpft sein – man spricht dann auch von einem Berufsausübungsschutz. Der Gesetzgeber kann entscheiden, ob er die Regulierung des Berufs selbst ausgestaltet und administriert oder ob er dies der regulierten Berufsgruppe überträgt. Im zweiten Fall spricht man von beruflicher Selbstverwaltung, die in Deutschland traditionell in Form von Berufskammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts organisiert ist.

Folgt man der Ökonomischen Theorie der Regulierung, so ist das Ziel des Berufsbezeichnungs- und des Berufsausübungsschutzes in erster Linie eine Marktabschottung (White und Marmor 1982; Cox und Foster 1990). Durch hohe qualifikatorische Zugangshürden solle das Angebot der Gesundheitsdienstleistung verknappt und damit der Preis dafür erhöht werden. Durch einen Berufsausübungsschutz mit der Definition von Tätigkeiten, die der Berufsgruppe vorbehalten sind, werde die Wahl- und Konsumentenfreiheit zusätzlich eingeschränkt und nötige Anpassungen der herrschenden Arbeitsteilung bei Gesundheitsdienstleistungen verhindert. Eine konsequente und wirksame Überwachung definierter Qualitäts- oder Verhaltensregeln durch die Berufsgruppe selbst wird mit Verweis auf deren Eigeninteressen ebenso angezweifelt (Friedmann 1962; Allsop und Saks 2003; Price 2003; Pauly et al. 2012).²

Kritiker der Ökonomischen Theorie argumentieren, dass die komplexen formellen und informellen Prozesse einer Interessenorganisation damit nicht hinreichend erfasst werden könnten (Feintuck 2010; Croley 2011; Baldwin et al. 2012). Laut der Public-Interest-Theorie der Regulierung hat die berufliche Regulierung einen positiven Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsleistungen. Der Schutz der Berufsbezeichnung solle dazu führen, dass nicht qualifizierte Gesundheitsdienstleister vom Markt ausgeschlossen und die Informationskosten für die Patienten reduziert werden. Die Definition vorbehaltlicher Tätigkeiten im Rahmen des Berufsausübungsschutzes bewirke, dass Anbieter mit einem geschützten Titel nicht durch Dritte, die sich zwar anders nennen, aber Gleiches tun, vom Markt verdrängt werden können. Berufskammern seien verwaltungseffizient, schließlich hätten die Berufsangehörigen das beste Fach- und Insiderwissen, um berufliche Qualität zu bewerten und die Regulierung an die medizinisch-technische und die gesellschaftliche Entwicklungen anzupassen (White und Marmor 1982; Cox und Foster 1990; Baldwin et al. 2012). Der Ansatz der Ökonomischen Theorie der Regulierung überwiegt in der Literatur dabei deutlich, die Public-Interest-Theorie hingegen dient eher als Bewertungsfolie für die erstere.

Neben der ökonomisch orientierten Bewertung von Pflegekammern können diese auch im Kontext von Professionalisierungsprozessen betrachtet werden. Professionalisierung geht einher mit der Akademisierung des Berufs. Erst wenn sich ein von anderen Wissenschaften unabhängiger Wissenskanon und ein Selbstverständnis des Mehrwerts der eigenen Tätigkeit entwickelt haben, kann sich auch die für eine

² Empirische Belege für die Wirkungen beruflicher Regulierung sind zum Teil widersprüchlich und beschränken sich auf den US-amerikanischen Kontext (Zweifel und Eichenberger 1992; Kleiner und Kudrle 2000; Law und Kim 2005). Die Wirkungen der Verkammerung des Pflegeberufs sind kaum untersucht (Law und Marks 2012). Allein für die Regulierung der Advanced Nursing Practice finden sich Hinweise, die die Ökonomische Theorie bestätigen (Lugo et al. 2010; Kleiner et al. 2012).

Professionalisierung notwendige Autonomie herausbilden. Im letzten Schritt kann dies in Form einer mit staatlichen Befugnissen ausgestatteten Selbstverwaltung des Berufs (also einer Kammer) auch zu einer entsprechenden Organisationsautonomie führen (Wilensky 1964; Hesse 1968; Combe und Helsper 1996).

Der Professionalisierungsprozess wird in der soziologischen Diskussion unterschiedlich bewertet. Der machttheoretische Ansatz betrachtet analog zur Ökonomischen Theorie der Regulierung die Professionalisierung als Mittel zur Abschottung des Berufs und zur Sicherung der damit einhergehenden Prestige- und Einkommensgewinne, also als Mittel, das allein dem beruflichen Eigennutz dient (Freidson 1970; Larson 1977; Abbott 1988). Der funktionalistische Ansatz hingegen vertritt die Ansicht, dass Professionalisierung auch im Sinne eines gesellschaftlichen Austauschprozesses verstanden werden kann. Verwissenschaftlichung und Abschottung werden hier als Mittel zum Wissenserhalt und zur Berufsidentifikation verstanden, was wiederum beides dazu diene, ein berufliches Ethos und Berufsstandards zu etablieren (Parsons 1939). Die Autonomie, die die Professionen u. a. durch ihre Verkammerung erlangten, sei auch als Gegenpol zu den Wirkungen des freien Marktes und damit im Sinne des Verbraucherschutzes zu verstehen (Freidson 2001).

In der ökonomischen wie soziologischen Forschung wird die Durchsetzung der Macht von Berufskammern folglich kritisch diskutiert. Auch in der verfassungsrechtlichen Bewertung von Berufskammern spielt die Interessenvertretung eine zentrale Rolle bei der Bewertung.

7.3 Verfassungsrechtlichkeit von Pflegekammern in Deutschland

Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Pflegekammern wird unter Juristen nicht grundsätzlich in Frage gestellt, soweit Pflegekammern öffentliche Aufgaben im Sinne des Allgemeinwohls wahrnehmen und dafür Eingriffe in die Grundrechte sowohl der Berufsangehörigen als auch Dritter erforderlich und verhältnismäßig sind (Plantholz 1994; Seewald 1998; Roßbruch 2001; Igl 2008; Schulz-Koffka und Deter 2012; Martini 2014).³

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts sind „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbelangs solche, „*an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft besteht, die aber so geartet sind, dass sie weder im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden können noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählen, die der Staat durch seine Behörden wahrnehmen muss.*“ (BVerfG 38, 281 (299)).

Die Wahrnehmung der beruflichen Belange – die „Interessenvertretung“ – darf sich also nicht auf die privaten Interessen der Berufsgruppe beschränken, sondern muss im Sinne der Allgemeinheit erfolgen. Eine Standesvertretung im Sinne einer

³ Gleichzeitig finden sich aber auch kritische Stimmen: Für Bauckhager-Hoffer (2014) können einer Pflegekammer keine originären Aufgaben zugewiesen werden, die heute nicht bereits durch andere Stellen wahrgenommen werden. Daher sei auch die Verfassungsmäßigkeit einer solchen Kammer in Frage zu stellen.

institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in die Ausgestaltung untergesetzlicher Normgebungen wird jedoch als legitime Aufgabe einer Pflegekammer angesehen (Martini 2014). Falls der Kammer lediglich Aufgabenbereiche zugewiesen würden, deren Ziele sich nur unter Einbindung aller Pflegekräfte erreichen ließen, habe der Gesetzgeber im Sinne des Allgemeinwohls einen entsprechenden Gestaltungsspielraum. Der Gesetzgeber kann also die Einschränkung der Vereinigungsfreiheit der Mitglieder einer Berufsgruppe – hier durch die „Zwangsmitgliedschaft“ – als erforderlich bewerten, wenn er eine umfassende Interessenrepräsentation erreichen möchte (Martini 2014). Generell sind die Aufgaben der Pflegekammern daher unter den Gesichtspunkten der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit zu bewerten und gegebenenfalls in diesem Sinne einzuschränken. Konkret verbleibt von der „Interessenvertretung“ als Aufgabe einer Pflegekammer folglich die Einbindung der – gesamten – Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse und in weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse.

Der Aufgabenzuschnitt von Pflegekammern ist ferner begrenzt durch die vorrangige Regelungskompetenz des Bundes hinsichtlich der „Zulassung zum ärztlichen und anderen Heilberufen“ (Art. 74 Ziffer 1 GG i. V.m. Art. 72 Abs. 1 GG). Dies bedeutet, dass es dem Gesetzgeber auf Bundesebene obliegt, die Ausbildung der Kranken- und Altenkräfte zu definieren. Da der jeweilige Landesgesetzgeber hier folglich keine Regelungskompetenz hat, kann er dies auch nicht durch entsprechende Kammergesetze an die Berufsgruppe übertragen. Nach der gleichen Logik können z. B. auch die Vertretung von Arbeitnehmern im gewerkschaftlichen Sinne oder Qualitätssicherungsmaßnahmen, die durch Bundesgesetze wie z. B. das SGB XI geregelt sind, nicht an eine Pflegekammer übertragen werden.

Im nächsten Abschnitt wird ausgeführt, welche Aufgaben durch eine Pflegekammer übernommen werden können. Im Kern sind dies die Überwachung der beruflichen Standards, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung. Es wird dargelegt, in welcher Form die jeweiligen Aspekte heute reguliert und administriert sind bzw. welche Ausgestaltungen die Pflegekammergesetze aus Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen vorsehen. Anschließend werden jeweils die Chancen und Schwächen einer Übertragung der jeweiligen Aufgaben an Pflegekammern diskutiert. Abbildung 7–2 gibt hierzu einen zusammenfassenden Überblick.

7.4 Aufgaben von Pflegekammern

7.4.1 Überwachung der beruflichen Standards

Zulassung zum Beruf

Wie bereits ausgeführt fällt die Ausformulierung der Berufszulassung – dies gilt für den ärztlichen Berufs gleichermaßen – nicht in die Regelungskompetenz der Länder. Diese könnten die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen nur dann regeln, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat. Dieser hat jedoch Zugangsvoraussetzung sowie Ausbildungsinhalte und -umfang durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG) bzw. Alten-

Abbildung 7–2

Übersicht zu den potenziellen Aufgaben von Pflegekammern				
	Status quo	Vorgaben nach den Pflegekammergesetzen/-entwürfen Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen	Chancen	Schwächen/ offene Fragen
Überwachung der beruflichen Standards				
Zulassung zum Berufsregister und Zulassung ausländischer Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> Regelungskompetenz des Bundes: ausgestaltet durch KrPflG und AltPflG sowie die entsprechenden Prüfungsverordnungen Anerkennung von Berufen aus dem EWR-Raum ist vorgegeben durch die EU-Richtlinie 2005/36/EG Kriterien und Verfahren für die Anerkennung von Berufen aus anderen Ländern durch KrPflG und AltPflG sowie durch BQFG 			
Führen eines Berufsregister	<ul style="list-style-type: none"> Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung wird durch die zuständige Behörde im jeweiligen Bundesland erteilt, hiernach keine Meldepflicht mehr 	<ul style="list-style-type: none"> Mitglieder der Kammern sind verpflichtet, dieser die Aufnahme oder Beendigung der beruflichen Tätigkeit sowie Adressänderungen etc. zu melden 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung für die Überwachung der Berufspflichten Verbesserte Aufdeckung missbräuchlicher Verwendung der Berufsbezeichnung Statistik über Personen mit Qualifikation zur Unterstützung der Pflegefachkräfteplanung 	<ul style="list-style-type: none"> Bestehen heute Defizite bei der Aufdeckung missbräuchlicher Verwendung der Berufsbezeichnung? Wenn ja, bedarf es z.B. der Verpflichtung der Arbeitgeber zur Prüfung? Fehlt es an Informationen (wenn ja, welche genau) oder am politischen Willen für eine Pflegefachkräfteplanung? Stehen Aufwand und Nutzen im Verhältnis?
Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten	<ul style="list-style-type: none"> KrPflG und AltPflG formulieren keine Berufsordnung, in vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) sind landesweite Berufsordnungen in Kraft 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegekammern erlassen Berufsordnungen Pflegekammern sind für die Überwachung der Berufsordnung verantwortlich: Durchführung der Berufgerichtsbarkeit (Verfahren, Fristen sowie die Besetzung der Berufsgereichte geregelt) Kein Entzug der Berufsbezeichnung durch die Pflegekammer möglich; berufsrechtliche Maßnahmen sind auf Warnungen, Verweise und die Verhängung von Geldbußen beschränkt 	<ul style="list-style-type: none"> Berufspflichten werden erstmals definiert und damit für die Öffentlichkeit transparent und einforderbar Pflegekammer muss Verletzungen der Berufspflichten nachgehen Pflegekammer kann als Beschwerdestelle für Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige dienen 	<ul style="list-style-type: none"> Bestehen Regelungsdefizite? Sind die Berufspflichten heute bereits teilweise arbeits- bzw. haftungsrechtlich gefasst? Wie konsequent werden Pflichtverletzungen heute verfolgt? Entstehen Parallelstrukturen bzw. werden diese in der Aufsicht noch ausgebaut?
Pflicht zur Kompetenzerhaltung	<ul style="list-style-type: none"> Nur vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) über landesweite Berufsordnung formuliert: Nachweispflichtig nur für Freiberufliche 	<ul style="list-style-type: none"> Mitglieder der Pflegekammern sind verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden Näheres (Form, Niveau, Stundenzahl, Nachweispflicht etc.) regelt die Kammer in der Berufsordnung 	<ul style="list-style-type: none"> Bewusstsein über ein wissenschaftsbasiertes berufliches Handeln wird gestärkt 	<ul style="list-style-type: none"> Aufwand und Nutzen?

Abbildung 7–2

Fortsetzung

Übersicht zu den potenziellen Aufgaben von Pflegekammern				
	Status quo	Vorgaben nach den Pflegekammergesetzen/-entwürfen Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen	Chancen	Schwächen/ offene Fragen
Definition von Weiterbildungsstandards				
Zugangs- und Ausbildungsstandards der Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> Landesgesetze und Verordnungen über Weiterbildungstitel, Lerninhalte, Dauer etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Kammergesetze definieren wenige Anforderungen an Umfang, Zugangsvoraussetzungen und Anerkennung; Pflegekammern erlassen alle weiteren Vorgaben (Weiterbildungstitel, Lerninhalte, Umfang) 	<ul style="list-style-type: none"> Formulierung der Weiterbildungslerninhalte durch die Berufsgruppe Weniger Fremdbestimmung: Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und Stand des Wissens 	<ul style="list-style-type: none"> Orientieren sich die Weiterbildungsanforderungen an der Versorgungswirksamkeit? Wird es gelingen die Heterogenität der Abschlüsse zu verringern?
Mitwirkung der Berufsgruppe				
Interessensvertretung und Mitwirkung an der (unter)gesetzlichen Normgebung	<ul style="list-style-type: none"> SGB V und SGB XI sehen Einbindung des Deutschen Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände vor; aber keine Mitwirkungsrechte im GBA (d.h. SGB-V-Kontext), jedoch Beteiligungsrechte im Kontext des SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> Aufgabe der Pflegekammern ist die Beratung bei Norm- und Gesetzgebung 	<ul style="list-style-type: none"> Landesregierungen haben mit den Pflegekammern erstmals einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner 	<ul style="list-style-type: none"> Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems erfolgt durch das SGB V und das SGB XI und damit durch Bundesgesetze: Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene sind sehr begrenzt Mitsprache-/gestaltungsrecht müsste im SGB V und XI verankert werden
Pflege-Report 2016				WID0

pflegegesetz (AltPflG) und die entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV und AltPflAPrV) umfänglich definiert.

Die Länder können lediglich die jeweils zuständige Behörde für die Zulassung zum Beruf bestimmen (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Diese erteilen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger(in)“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)“ und „Altenpfleger(in)“. Für alle in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte ist die zuständige Behörde diejenige des Bundeslandes, in der ihre Ausbildung erfolgte (§20 KrPflG und § 26 AltPflG). In der Regel sind dies die Gesundheitsämter. Auch die Ausformulierung von Kriterien und -verfahren zur Anerkennung von Pflegekräften, die ihre Qualifikation nicht in Deutschland erworben haben, fällt in die Regelungskompetenz des Bundes bzw. für solche aus dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR) in die Kompetenz der EU.

Die entsprechende EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) regelt jedoch ausschließlich die Anerkennung von im EWR-Raum erworbenen oder dort anerkannten Abschlüssen der Erwachsenenpflege. Insofern finden sich sowohl im Krankenpflege- als auch im Altenpflegegesetz weiterführende Vorgaben zur Anerkennung von Kinderkrankenschwestern (§ 5 KrPflG) und von Altenpflegerinnen (§ 4 AltPflG).

Die Festlegung der Zulassungskriterien obliegt also dem Bund, die Durchführung der Zulassungen aber den Ländern. Im Umkehrschluss gilt folglich, dass die

Ausformulierung von Ausbildungsinhalten *nicht* Aufgabe von Pflegekammern sein kann. Insofern findet sich auch nichts Derartiges in den neuen Rahmenvorgaben von Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, übrigens auch in Bezug auf die Durchführung der Zulassung nicht. Insofern ist übrigens auch die in der internationalen Regulierungstheorie zentrale Kritik an Berufskammern – nämlich die Marktabschottung durch die Definition hoher Zugangshürden – auf den deutschen Kontext nicht anwendbar.

Führen eines Berufsregisters

Ist die Erlaubnisurkunde einmal erteilt, müssen sich die Pflegekräfte z. B. bei einem Umzug in ein anderes Bundesland, jedoch nicht bei der neuen dort zuständigen Behörde melden. Ein landes- oder bundesweit einheitliches Register mit den Namen und den aktuellen Adressen aller Pflegekräfte, die eine Erlaubnis zur Führung des Berufs besitzen, besteht heute somit nicht.

Mit den geplanten bzw. bereits in Kraft getretenen gesetzlichen Rahmenvorgaben in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen wird sich dies ändern. Durch die Errichtung der Pflegekammern werden die Mitglieder der Kammern verpflichtet, dieser die Aufnahme oder Beendigung der beruflichen Tätigkeit sowie Adressänderungen etc. zu melden (§1 (5) HeilBG, §7 (1) PBKG, §3 Pflege-KG). Die Registrierung der Kammermitglieder ist Voraussetzung dafür, Verstöße gegen die erlassene Berufsordnung zu sanktionieren (siehe unten). Darüber hinaus kann ein Register auch helfen, missbräuchliche Verwendungen der Berufsbezeichnung aufzudecken. Dies gilt jedoch letztlich nur dann, wenn sich Arbeitgeber bei der Einstellung von Kranken- bzw. Altenpflegekräften routinemäßig die aktuelle Gültigkeit der Berufsbezeichnung von der Kammer bestätigen lassen.⁴ In den Kammergesetzen von Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein oder Niedersachsen ist diesbezüglich jedoch keine entsprechende Auskunftspflicht gegenüber Arbeitgebern geregelt. Gleichzeitig ist die Frage aufzuwerfen, inwieweit für diesen Zweck landesspezifische Berufsregister überhaupt zielführend sind. Offen ist aus Sicht der Autorin auch, ob eine missbräuchliche Nutzung der Berufsbezeichnung heute überhaupt in nennenswertem Umfang erfolgt.

Das Berufsregister ermöglicht darüber hinaus, Statistiken über die Anzahl, Qualifikations- und Altersstruktur etc. der Angehörigen der Berufsgruppe zu erstellen. Explizit formuliert dies jedoch nur das Schleswig-Holsteinische Gesetz durch § 7 PBKG. Hierdurch kann zum Beispiel die Fachkräfteplanung unterstützt und die Zahl der jährlich notwendigen Ausbildungsplätze bestimmt werden. Letztlich erfasst jedoch bereits heute die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Pflegekräfte in hinreichender regionaler Gliederungstiefe – wenn auch allein bezogen auf berufstätige Pflegekräfte. Auf dieser Grundlage wurden bereits eine Vielzahl von Prognosen über das Angebot und die Nachfrage von Pflegekräften

⁴ In Großbritannien geht die Transparenz über die Gültigkeit von Berufsbezeichnungen weit hierüber hinaus. Über eine einfache Online-Abfrage auf den Seiten der dortigen Pflegekammer – dem Nursing and Midwifery Council (NMC) – ist es jedem möglich, innerhalb weniger Sekunden zu prüfen, ob die Person tatsächlich beim NMC registriert ist und inwiefern die angegebene Berufsbezeichnung/Qualifikationen der Pflegekraft (soweit durch das NMC geschützt) dort hinterlegt ist. Siehe „*Confirm a nurse or midwife's registrations*“ unter <http://www.nmc.org.uk/>.

erstellt (SVR Gesundheit 2012, S. 81 ff. oder Rothgang et al. 2012). Das Problem scheint somit weniger eine fehlende Datengrundlage für die Darstellung des Bedarfs als vielmehr der politische Wille zur Umsetzung einer Fachkräfteplanung zu sein. Der Mehrwert einer Statistik über Berufsmitglieder wäre diesbezüglich wahrscheinlich als eher gering einzuschätzen.

Berufsordnung und Überwachung der Berufspflichten

Eine Berufsordnung definiert der Bundesgesetzgeber nicht.⁵ Es ist lediglich formuliert, dass die Berufsbezeichnung zu entziehen ist, wenn sich eine Person „*eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt*“ oder sie „*in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist*“ (§ 2 (2) KrPflG und § 2 (2) AltPflG). Zuständig für die Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist wiederum die Behörde des Landes, in dem die Antragstellerin oder der Antragsteller seine Prüfung abgelegt hat (§ 20 KrPflG und § 26 AltPflG). Vorgaben über Form, Ausgestaltung und Fristen für den Entzug der Berufserlaubnis finden sich im Rahmen des KrPflG und AltPflG nicht. Auch gibt es keine Vorgaben, Anzahl, Gründe und Ergebnis solcher Prüfungen zu erfassen und transparent zu machen.

Mit der Errichtung von Pflegekammern in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und ggf. perspektivisch auch Niedersachsen wird sich dies für diese Länder ändern. Die Kammermitglieder werden verpflichtet, den allgemeinen und speziellen Berufspflichten nachzukommen. Definiert werden diese durch das jeweilige Kammergesetz und die durch die Kammern erlassene Berufsordnung (§ 21 ff sowie § 3 (3) HeilBG, § 30 f. PBKG, § 23 PflegeKG). Zu formulierende Berufspflichten sind u. a. die Anerkennung der eigenen Kompetenzgrenzen, der Umgang mit Pflegebedürftigen – speziell die Wahrung der Würde und Selbstbestimmung dieser –, Aufklärungs- und Verschwiegenheitspflichten sowie eine Fortbildungsverpflichtung.

Aufgabe der Kammer wiederum ist es, die Einhaltung der Berufspflichten durch die Kammermitglieder zu überwachen (§ 3 (2) Satz 1 (4) HeilBG, § 3 (1) Satz 3 PBKG, § 7 (1) Satz 1 (2) PflegeKG). Dies beinhaltet die Durchführung der Berufsgerichtsbarkeit. Die diesbezüglichen Verfahren, Fristen sowie die Besetzung der Berufsgerichte sind in den Kammergesetzen umfassend formuliert (§ 51 HeilBG, § 41 PBKG). Die berufsrechtlichen Maßnahmen sind aber letztlich auf Warnungen, Verweise und die Verhängung von Geldbußen begrenzt (§ 52 HeilBG, § 42 PBKG, § 24 PflegeKG). Der Entzug der Zulassung zum Beruf (d. h. der Entzug der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfolgt weiterhin durch die zuständige Behörde auf Landes- oder Kreisebene (siehe oben).

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang, inwieweit Aufwand und Nutzen einer solchen durch die Berufsgruppe administrierten Aufsicht im Verhältnis stehen und ob es diesbezüglich heute überhaupt Regelungsdefizite gibt – insbesondere deshalb, weil Pflegekräfte i. d. R. in einem Angestelltenverhältnis tätig sind und davon auszugehen ist, dass die obigen skizzierten Berufspflichten zumindest teilweise ar-

⁵ In vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen) sind landesweite Berufsordnungen in Kraft, die Aufgaben und Berufspflichten von Pflegekräften näher definieren.

beits- bzw. haftungsrechtlich gefasst sein werden. Inwiefern seitens der Arbeitgeber darauf hingewirkt wird, dass diese Pflichten eingehalten werden bzw. in welchem Umfang Pflichtverletzungen geahndet werden, ist jedoch nicht transparent. Die Einführung einer Berufsggerichtsbarkeit würde Zahl und Ergebnisse der Verfahren zumindest öffentlich machen. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass durch die Definition von Berufspflichten solche erstmals für die Öffentlichkeit nicht nur transparent werden, sondern kann auch eingefordert werden können. Die Pflegekammern können (und sollten) in diesem Sinne als Beschwerdestelle für Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige dienen.

Offen ist jedoch, wie konsequent die Pflegekammer Verletzungen der Berufspflichten tatsächlich ahnden würde. Die Ökonomische Theorie der Regulierung und der machtheoretische Ansatz der Regulierungstheorie gehen nicht davon aus, dass die eigenen Peers den Schutz vor unsachgemäßer Pflege hinreichend administrieren.

Mit Blick auf den Aufwand wäre zudem sicherzustellen, dass die berufsrechtlichen Untersuchungen der Pflegekammern mit denen der Arbeitgeber, der für den Entzug der Berufserlaubnis zuständigen Behörde, aber auch von sonstigen Aufsichtsbehörden wie z. B. den Gesundheitsämtern oder dem MDK harmonisieren. Letztlich ist die Frage aufzuwerfen, inwiefern eine Regulierung und Aufsicht „aus einer Hand“ nicht zielführender wäre. Andere europäische Länder haben dies bereits umgesetzt: Zum Beispiel hat Schweden die Aufsicht über die Leistungsanbieter und die Gesundheitsberufe gesetzlich wie institutionell zusammengefasst (Swedish Patient Safety Act [Patientsäkerhetslag (2010:659)]). England bereitet die Zusammenführung aller Berufskammern sowie darüber hinaus eine bessere Verzahnung mit der sonstigen Aufsicht im Gesundheitswesen vor (Law Commission 2012).

Pflicht zur Kompetenzerhaltung/Weiterbildungspflicht

Bestandteil der in den neuen Kammergesetzen formulierten Berufspflichten ist die Kompetenzerhaltung d. h. die Pflicht zur Weiterbildung (§ 21 ff sowie § 3 (3) HeilBG, § 30 f. PBKG, § 23 PflegeKG). Heute gibt es derartige gesetzliche Vorgaben nur in den vier Bundesländern (Bremen, Saarland, Hamburg und Sachsen), die eine Berufsordnung erlassen haben. So sind z. B. in Bremen mindestens 20 Zeitstunden Fortbildung oder vergleichbare Qualifizierungsmaßnahmen wie Tagungen, Kongresse und Hospitationen von der Pflegekraft zu absolvieren (§ 5 (2e) PflBO). Die Nachweise hierfür *können* durch das Land abgefragt werden, freiberuflich tätige Kräfte *müssen* diese erbringen. Die Mitglieder der Pflegekammern in den Ländern Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen werden künftig verpflichtet sein, sich beruflich fortzubilden (§ 22 HeilBG, § 29 PBKG, § 22 PflegeKG). Näheres werden die durch die Kammern zu erlassenden Berufsordnungen regeln.

Wiederum ist die Frage nach Aufwand und Nutzen einer derartigen Regelung zu diskutieren. Eine Fortbildungspflicht kann sicherlich dazu beitragen, bei den Berufsangehörigen das Interesse am lebenslangen Lernen zu wecken und das Bewusstsein festigen, dass ein wissensbasiertes berufliches Handeln notwendig ist. Wie aber kann eine Überprüfung der Fortbildungspflicht bei einer Berufsgruppe von der Größe der Pflegekräfte ausgestaltet sein, ohne dass erhebliche (Personal-)Ressourcen der Pflegekammern hierfür gebunden werden? Abzuwägen wäre, ob

eine Nachweispflicht z. B. in einem Drei- oder Fünf-Jahres-Intervall administrierbar ist und wenn nicht, welche Wirkungen Stichprobenprüfungen hätten.

7.4.2 Definition von Weiterbildungsstandards

Wie erläutert, obliegen die Definition der Zugangs- und Ausbildungsstandards zu den Heilberufen und damit auch die Erstausbildung zur Kranken- und Altenpflegekraft dem Bund. Die Weiterbildung hingegen wird durch entsprechende Landesgesetze und Verordnungen geregelt. Die jeweiligen Weiterbildungstitel⁶, deren Lerninhalte und Ausgestaltungen (Dauer, Umfang etc.) variieren dabei zwischen den Ländern. Daneben gibt es rund 30 Master-Studiengänge in Fachbereichen wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaft oder Palliativ-Pflege (Lücke 2013). Da solche Weiterbildungen auf akademischem Niveau nicht zu geschützten Berufstiteln führen, fällt ihre Ausformulierung nicht in die berufliche Regulierung und ist damit auch nicht Regelungsbereich der neuen Kammern. Der Gestaltungsrahmen des Landes und damit der von Pflegekammern ist folglich beschränkt: Die Definition der Ausbildungsstandards – und damit letztlich auch die des Niveaus der Ausbildung – ist in anderen Ländern aus gut nachvollziehbaren Gründen eine wesentliche Aufgabe der beruflichen Selbstverwaltung.

Für Deutschland ist eine entsprechende Mitwirkung also nur für die Weiterbildungsangebote möglich. Dies ist kein Spezifikum von Pflegekammern, sondern gilt z. B. für die Ärztekammern gleichermaßen. Die Kammergesetze aus Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sowie der Entwurf eines solchen aus Niedersachsen definieren nur ein paar wenige Anforderungen an Umfang und Zugangsvoraussetzungen sowie bezüglich der Anerkennung von „landesfremden“ Weiterbildungstiteln. Alles übrige – d. h. insbesondere die Definition der Weiterbildungstitel und der Lehrinhalte sowie des Umfangs der Weiterbildung – obliegt der Regelung durch die Pflegekammer (§ 47 ff HeilBG, § 33 ff. PBKG, § 25 ff. PflegeKG).

Die Übertragung der Ausformulierung von Lerninhalten an die Berufsgruppe liegt auf der Hand. Die heute durch die Berufsgruppe oftmals artikulierten „Fremdbestimmung“ könnte auf diesem Wege verringert werden. Auch steigt das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und den eigenen Wissensstand. Aus Sicht der Allgemeinheit ist aber zu klären, inwiefern die durch die Pflegekammern formulierten Weiterbildungsanforderungen der Versorgungswirklichkeit besser gerecht werden als die heutigen. Ein Aspekt hierbei ist die Frage, ob die Fort- und Weiterbildung dann besser den z. B. durch den Sachverständigenrat (SVR Gesundheit 2007) oder den Wissenschaftsrat (Wissenschaftsrat 2012) antizipierten neuen, erweiterten Aufgabenfeldern der Pflege gerecht werden kann als wenn die Landesgesetzgeber bzw. die zuständigen Landeregierungen diese ausformulieren?

6 Eine Übersicht hierzu gibt die Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen (19. Juni 2015) des Bundesinstitut für Berufsbildung unter URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAAAhUKewioto7R4Y_JAhWG8XIKHeIwAPc&url=http%3A%2F%2Fwww.bibb.de%2Fdokumente%2Fpdf%2Fverzeichnis_anerkanntes_AB_2015.pdf&usq=AFQjCNFSI7BrKP2F3L40hx17uYQRIONQg&cad=rja (14. Oktober 2015).

Eine andere Frage ist, ob durch die Administration der Weiterbildung durch Kammern die heute vorhandene Heterogenität der Abschlüsse zwischen den Bundesländern verringert werden kann. Es bleibt abzuwarten, ob – analog zu den Musterweiterbildungsordnungen für Ärzte – ein bundesweiter gemeinsamer Nenner auch für pflegerische Weiterbildungen gefunden werden kann.

7.4.3 Mitwirkung der Berufsgruppe

Neben der Überwachung der beruflichen Standards und der Ausformulierung der Weiterbildung ist auch die institutionalisierte Einbindung der Berufsgruppe in Gesetzgebungsprozesse legitime Aufgabe einer Pflegekammer. Heute ist die Einbindung des Berufsstands der Pflegenden in den gesetzlichen Kontext von Berufsbildungs- und Regulierungsfragen nicht institutionalisiert. Im Gegensatz zum Berufsbildungsgesetz – der gesetzlichen Grundlage der dualen Ausbildungsgänge – sehen das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz keine Mitwirkung der Berufsgruppe vor, nicht einmal in Form von Anhörungen.⁷ Darüber hinaus ist die Berufsgruppe der Pflegenden im Vergleich zur Ärzteschaft in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems schwach verankert. Zu unterscheiden ist hierbei die Einbindung in die untergesetzliche Normgebung im Rahmen der Gesundheitsversorgung (geregelt über das SGB V) und der Langzeitpflege (geregelt über das SGB XI).

Bezogen auf erstere ist der Deutsche Pflegerat e. V. als Dachverband der Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens in einige Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden. Letztlich fehlt aber eine Einbindung in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das zentrale Entscheidungsgremium bei der Festlegung von untergesetzlichen Normen (Richtlinien) im deutschen Gesundheitswesen. Diese Entscheidungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Berufsgruppe der Pflegenden. So erlässt der G-BA zum Beispiel Richtlinien zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege oder zur selbständigen Ausübung zur Heilkunde. Die Berufsgruppe der Pflegekräfte besitzt im G-BA keine Mitwirkungsrechte. Den Ärzten hingegen wird über die Arbeitsgemeinschaften der Ärztekammern auf Bundesebene (d. h. die Bundesärztekammer (BÄK)) bei Beschlüssen, die ihre Berufsausübung betreffen, Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben (§ 91 (5) SGB XI). Anders ist das heutige Mitwirkungsrecht der Pflegekräfte im Kontext des SGB XI zu bewerten. Hier bestehen „echte“ Beratungsrechte. Hervorzuheben ist das gesetzlich verbrieftete Recht auf Beteiligung bei der Ausgestaltung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in § 113 SGB XI. Mitspracherechte finden sich auch in den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen (§ 114a (7) Satz 2 SGB XI) und bei deren Veröffentlichung (§ 115 (1a) Satz 9 SGB XI). Auch bei der Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI sind die Verbände der Pflegekräf-

⁷ Laut Berufsbildungsgesetz sind auch die jeweils betroffenen Berufsverbände berechtigt, Vertreter in die Berufsbildungsausschüsse zu entsenden (§ 77 BBIG). Diese Ausschüsse sind „in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören“ (§ 79 (1) Satz 1 BBIG). Der Ausschuss hat zudem auf die Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuwirken. Auch muss er den Rechtsvorschriften zustimmen, die die für die Durchführung der Berufsbildung zuständige Behörde erlassen hat.

te auf Bundesebene zu beteiligen; anzuhören sind sie bei der Festlegung der Richtlinien der Pflegekassen zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI.

Nach Errichtung der Landespflegekammern haben die jeweiligen Gesetzgeber und Landesregierungen mit den Pflegekammern einen demokratisch legitimierten Ansprechpartner. Die Beratung bei der Norm- und Gesetzgebung ist explizit als Aufgabe der Kammer formuliert (§3 (2) Satz 1 Aufz. 5 HeilBG, § 3 (1) Satz 1 Aufz. 2., § 7 (1) Satz 1 Aufz. 5b PflegeKG). Auch wird die Kammer zum Beispiel in die Landespflegeausschüsse eingebunden, die Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung geben (§ 121 und § 122 HeilBG).

Gesundheitspolitik ist in Deutschland jedoch fast ausschließlich Sache des Bundes. Das Gesundheits- und Pflegesystem wird durch das SGB V und das SGB XI bestimmt. Die Errichtung von Pflegekammern wird an der Mitwirkung der Berufsgruppe auf Bundesebene somit vorerst nichts verändern. Um die Kammern einzubinden, müssten SGB V und SGB XI entsprechend angepasst werden. Zu klären wäre, inwiefern eine solche gesetzliche Änderung voraussetzt, dass in allen Bundesländern Pflegekammern errichtet werden. Zudem ist vorauszusehen, dass die Landespflegekammern nur dann einen relevanten Einfluss haben werden, wenn sie es schaffen, ihre Interessen auf Bundesebene zu harmonisieren. Denkbar wäre die Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft analog der BÄK; wohlgemerkt nicht in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts – auch die BÄK ist ein rechtsfähiger Verein.

7

7.5 Zusammenfassung und Fazit

Die in Deutschland zu beobachtende Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Pflegekammern fokussiert sehr auf die Frage, ob es gelingen kann, durch die Errichtung von Pflegekammern eine verbesserte Interessenvertretung der Pflegekräfte zu erreichen. Einzelne Aspekte dieser Debatte standen in der öffentlichen Wahrnehmung sehr im Vordergrund, insbesondere die von den Kamerkritikern hervorgehobene „Zwangsmitgliedschaft“ und die damit einhergehenden „Zwangsbeiträge“. Hierzu sei kurz angemerkt: Auch heute schon unterliegen alle Berufsangehörigen in der Pflege der gesetzlichen Regulierung – und zwar zwangsweise. Sie können die Regulierungsvorgaben jedoch nur sehr indirekt beeinflussen, da diese durch den Gesetzgeber festgelegt wurden und ihre Umsetzung durch verschiedene Behörden administriert wird. Nach einer Übertragung bestimmter Aufgaben an die Berufsgruppe unterliegen deren Mitglieder zwar immer noch – zwangsweise – diesen beruflichen Vorgaben, könnten jedoch deren Ausgestaltung und Umsetzung wesentlich direkter beeinflussen. Denn schließlich ist das Wesen einer beruflichen Selbstverwaltung *„die selbständige, fachweisungsfreie Wahrung enumerativ oder global überlassener oder zugewiesener öffentlicher Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger“* (Stern 1984).

Letztlich verstellt der Fokus auf den Aspekt „Interessenvertretung“ aber den Blick auf die eigentlichen Aufgaben der beruflichen Selbstverwaltung, denn damit wird über die falsche Frage gestritten. Diese lautet nicht: Braucht es eine in Form einer Pflegekammer institutionalisierte Interessenvertretung? Sondern: Gibt es De-

fizite bei der beruflichen Regulierung und Aufsicht, die die Versorgungsqualität mindern und die Patienten unzureichend vor schlechter Pflege schützen? Und wenn ja, wie kann diesem Problem begegnet werden? Ist für die Lösung der Probleme eine Regulierung der Berufsgruppe durch diese selbst oder durch staatliche Stellen zielführend? Stehen Aufwand und Nutzen der Regulierungsvorgaben in einem angemessenen Verhältnis?

Die Aufgaben, die einer Kammer übertragen werden können, sind im Wesentlichen die Überwachung der Berufsordnung, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Mitwirkung der Berufsgruppe an (unter)gesetzlicher Normgebung.

Ersteres eröffnet im Kern die Möglichkeit, missbräuchlicher Verwendungen der Berufsbezeichnung besser zu begegnen, wenngleich offen ist, ob hier heute überhaupt nennenswerte Defizite bestehen. Ferner wird durch den Erlass von Berufspflichten für die Öffentlichkeit transparent, nach welchem Kodex sich Pflegekräfte zu verhalten haben. Die Pflegekammer kann in diesem Sinne als Beschwerdestelle dienen und helfen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern. Aufwand und Nutzen sind aber abzuwägen. Es ist zu klären, inwiefern Doppelstrukturen bei der Aufsicht aufgebaut (bzw. noch verstärkt) werden und wie es gelingen kann, diese besser zu harmonisieren. Die Formulierung von Weiterbildungsstandards ist der zweite Aufgabenblock von Pflegekammern. Die Formulierung der Lerninhalte durch die Berufsgruppe verstärkt das Bewusstsein über die eigenen Kompetenzen und den Wissensstand, die Fremdbestimmung wird reduziert. Bewertet werden muss jedoch, inwiefern die durch die Kammer formulierten Weiterbildungsanforderungen den Versorgungsbedarf widerspiegeln werden. Auch ist offen, ob die Pflegekammern bewirken können, dass die bundesweite Heterogenität der Abschlüsse verringert wird.

Aus Sicht der Autorin sind dies die wesentlichen Themen, die im Diskurs um Pflegekammern in Deutschland aufgegriffen werden sollten. Im Kern geht es um die Frage, welche übergeordneten Ziele erreicht werden sollen. Geht es darum, die Regulierung und Aufsicht über den Pflegeberuf zu verbessern, die Einbindung der Berufsgruppe in die Ausgestaltung der Weiterbildung sowie bei der Mitsprache im korporatistischen Gesundheitswesen zu stärken oder soll mit Hilfe der Kammer das Berufsbild aufgewertet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden? Soll letzteres angestrebt werden, so muss man in der Tat den Kritikern der Berufskammern beipflichten: Andere Lösungsansätze lägen hierfür eher auf der Hand, insbesondere die Akademisierung der Pflege sowie damit einhergehend die Ausweitung der Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche, eine vollständige Finanzierung der Pflegeausbildung oder die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Nimmt man jedoch die ersten drei Punkte in den Blick, haben Pflegekammern durchaus Potenzial. Die Regulierungsdefizite sollten in diesem Fall jedoch dezidiert beschrieben und die hier formulierten Fragestellungen aufgegriffen werden.

Literatur

- Abbott A. *The System of Profession: An Essay on the Devision of Expert Labor*. Chicago/London: The University of Chicago Press 1988.
- Allsop J, Saks M. *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Baldwin R, Cave M, Lodge M. *Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press 2012.
- Bauchhage-Hoffer F. Aktuelle Statements der Pflegekammerbefürworter – Polemik statt Argumente. *Gesundheit und Pflege* 2014 (3): 105–11.
- Combe A, Helsper W. Einleitung: Pädagogische Professionalität. In: Helsper W, Combe A. *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Suhrkamp 1996.
- Cox C, Foster S. *The Cost and Benefits of Occupational Regulation*. Washington, DC: Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Government Printing Office 1990.
- Croley SP. Beyond capture: towards a new Theory of regulation. In: Levi-Faur D. *Handbook On The Politics Of Regulation*. Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Edward Elgar 2011.
- Feintuck M. Regulatory Rationales Beyond the Economic: In Search of the Public Intrest. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M. *The Oxford Handbook of Regulation*. New York: Oxford University Press 2010.
- Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: Neuauflage durch University Of Chicago Press (1988) 1970.
- Freidson E. *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. Chicago: University Of Chicago Press 2001.
- Friedmann M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press 1962.
- Hesse HA. *Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung*. Stuttgart: Enke 1968.
- Igl G. *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit*. München: Urban & Vogel 2008.
- Info GmbH. *Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg – Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz*. <http://www.hamburg.de/contentblob/4272292/data/abschlussbericht-befragung.pdf>. (03. Mai 2015).
- Infratest dimap. *Evaluationsstudie „Pflegekammer Niedersachsen“: Eine Studie im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration durchgeführt von Infratest dimap*. www.ms.niedersachsen.de/download/76170/Evaluationsstudie_Pflegekammer_Niedersachsen.pdf. (05. März 2015).
- Kleiner MM, Marrier A, Park KW, Wing C. *Relaxing Occupational Licensing Requirements: Analyzing Wages and Prices for a Medical Service*. <http://www.ncpa.org/pdfs/AEA.conference.relaxing.licensing.pdf>. (08. November 2015).
- Kleiner MM, Kudrle RT. Does regulation affect economic outcomes? The case of dentistry. *Journal of Law & Economics* 2000; 43(2): 547–82.
- Larson M. *The rise of Professionalism - A sociological Analysis*. Berkeley and Los Angeles, Carlifornia: University of California Press 1977.
- Law Commission. *Regulation of Health Care Professionals and Regulation of Social Care Professionals in England – A Joint Consultation Paper*. http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202_regulation_of_healthcare_professionals_consultation.pdf. (10. Januar 2013).
- Law MT, Kim S. Specialization and Regulation: The Rise of Professionals and the Emergence of Occupational Licensing Regulation. *Journal of Economic History* 2005; 65 (3): 723–56.
- Law MT, Marks MS. Certification vs. Licensure: Evidence from Registered and Practical Nurses in the United States, 1950–1970. <http://faculty.ucr.edu/~mmarks/Papers/law2012certification.pdf>. (28. Mai 2012).
- Lücke S. Wo steht die Akademisierung? *Die Schwester Der Pfleger* 2013; 52 (3): 302–7.
- Lugo NR, O’Grady ET, Hodnicki D, Hanson C. Are regulations more consumer-friendly when boards of nursing are the sole regulators of nurse practitioners? *Journal of Professional Nursing* 2010; 26 (1): 29–34.

- Martini M. Die Pflegekammer – verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. Berlin: Duncker & Humblot 2014.
- Parsons T. The Professions and Social Structure. *Social Forces* 1939; 17 (4): 457–67.
- Pauly M, McGuire T, Barros P. *Handbook of Health Economics*. Oxford: North Holland 2012.
- Plantholz M. Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrage der Bündnis 90/Grüne (AL)/UFV – Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin 1994.
- Price D. *Legal Aspects of the Regulation of the Health Professions*. In: Allsop J, Saks M. *Regulating the Health Professions*. London: SAGE Publications Ltd 2003.
- Roßbruch R. Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? Sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern. *PflegeRecht* 2001; 1: 2–16.
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Schulz-Koffka G, Deter E. Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen: Rechtsgutachten erstattet im Auftrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. www.ms.niedersachsen.de (05. März 2015).
- Seewald O. Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern. München: Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e. V. 1998.
- Stern K. *Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland – Band I: Grundbegriffe und Grundlagen des Staatsrechts. Strukturprinzipien der Verfassung*. München: C. H. Beck 1984.
- SVR Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2007.
- SVR Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- TNS Infratest Sozialforschung GmbH. Bayerische Pflegekräftebefragung. Abschlussbericht November 2013. Durchgeführt im Auftrag der Hochschule München. http://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/presse/news_1/dokumente_46/2013_2/12_11/Anlage1_Pflegekammer_Bericht_Infratest_02122013.pdf. (05. März 2015).
- TNS Infratest Sozialforschung GmbH. Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein: Abschlussbericht Oktober 2013: Durchgeführt im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht__blob=publicationFile.pdf. (05. März 2015).
- Weidner F. Die Pflegekammer kommt! Ja, warum denn nicht? *Die Schwester Der Pfleger* 2014; 53 (4/14).
- White WD, Marmor TR. New Occupations, Old Demands: The Public Regulation of Paraprofessionals. *Journal of Policy Analysis and Management* 1982; 1 (2): 243–56.
- Wilensky H. The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology* 1964: 137–58.
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. (10. Februar 2013).
- Zweifel P, Eichenberger R. The Political Economy of Corporatism in Medicine: Self-Regulation or Cartel Management? *Journal of Regulatory Economics* 1992; 4: 89–108.