



Positionspapier
des Fachbeirates Pflege
zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe
in Hessen



Juni 2007

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	3
II.	Internationale Modelle	6
III.	Gesellschaftlicher Auftrag der professionellen Pflege	11
IV.	Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Handlungsfelder der professionell Pflegenden	14
V.	Aufgaben einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen	18
VI.	Rechtliche Einschätzung zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe	22
VII.	Modell einer Landespflegekammer in Hessen	24
VIII.	Fazit	27
	Projektgruppenmitglieder	29
	Literaturverzeichnis	30
	Abbildungsverzeichnis	32

I. Einführung

Seit vielen Jahren befindet sich das Gesundheitswesen in Deutschland in einem stetigen Veränderungsprozess. Dieser ist besonders von gesellschaftlichen Entwicklungen wie Alterung der Gesellschaft, Wandel der Familienstrukturen, Fortschritt in Wissenschaft und Technik bei gleichzeitigem Strukturwandel der Gesundheitsversorgung geprägt. Zudem verschärfen sich die ökonomischen Bedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Die beschriebenen Entwicklungen und Gegebenheiten verändern auch ganz entscheidend die Anforderungen an die professionell Pflegenden. Um für gesunde, kranke sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen in verschiedenen Lebenssituationen und Lebensphasen adäquate Angebote der Pflege zur Verfügung stellen zu können, sind insbesondere entsprechenden Qualifizierungen in den Ausbildungen und Maßnahmen zum Erhalt der professionellen Kompetenz notwendig.

Ebenso ist die Einbeziehung der pflegerischen Expertise bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen von zentraler Bedeutung.

In den letzten Jahren hat die Politik die Partizipation der Selbstverwaltungen bei wichtigen Reformvorhaben verstärkt. Die Pflegeberufe als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, sind jedoch keinesfalls gleichberechtigt mit den „akademischen Heilberufen“ in den gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs eingebunden und an entsprechenden Entscheidungen beteiligt.

Mittlerweile gibt es den Deutschen Pflegerat (DPR) als Sprachorgan aller Pflegeverbände. Dem DPR wird auf der Bundesebene Mitspracherecht und Mitwirkung bei aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Themen eingeräumt.

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich der Diskurs um die Errichtung von Pflegekammern in den einzelnen Bundesländern verstärkt. Die einzelnen pflegerischen Berufsverbände und der DPR haben sich in diesem Zusammenhang deutlich für die Errichtung von Pflegekammern in den Ländern ausgesprochen (Straussberger-Erklärung, DPR 2004).

Die gewerkschaftliche Seite hat hierzu ihre ablehnende Haltung beibehalten. Insbesondere wird dahingehend argumentiert, dass zum einen die vereinte Dienstleistungsgewerkschaft sowie die Berufsverbände und zum anderen die gesundheits- und sozialrechtlichen Vorschriften die Profession Pflege und deren Berufsausübung hinreichend unterstützen bzw. sicherstellen.

Eine Länderumfrage Hessens im Jahr 2000 hat gezeigt, dass die intensive Diskussion um die Errichtung von Pflegekammern mit Ausnahme von Berlin, bisher noch nicht zu parlamentarischen Aktivitäten der Länder zur Errichtung einer entsprechenden Kammer geführt hat.

In Hessen wurde aufgrund zahlreicher Anfragen, diese Thematik im Fachbeirat Pflege erörtert. Im Jahr 2001 hat dieses Gremium eine Arbeitsgruppe „Selbstverwaltung/ Kammer für Pflegeberufe“ eingerichtet, die sich mit den bisher noch unklaren Aspekten einer solchen Kammer befasste. In einem ersten Schritt wurde ein Diskussionspapier erstellt in dem die Aufgaben einer Pflegekammer von staatlichen Aufgaben und Aufgaben der Berufsverbände abgegrenzt werden.

Auf dieser Grundlage wurde das Positionspapier zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen entwickelt. Es beschreibt den gesellschaftlichen Auftrag der professionellen Pflege und schildert die sozial- und gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen der Berufsausübung.

Es werden die konkreten Aufgaben einer Pflegekammer vorgestellt und die rechtliche Einschätzung zur Errichtung einer solchen Länderkammer skizziert.

Der erste Entwurf des Positionspapiers wurde nach den Stellungnahmen der Fachbeiratsmitglieder vor allem im Bereich der Aufgaben überarbeitet und präzisiert. Ebenso fand eine Orientierung an den in deutschen Bundesländern etablierten Heilberufskammern statt.

Mit der Einfügung eines zusätzlichen Kapitels wurde dem Wunsch der Fachbeiratsmitglieder Rechnung getragen, einen Überblick über die internationalen

Gegebenheiten der Regulierung/Registrierung und Berufsausübung der Pflege- und Gesundheitsberufe zu erhalten.

Das Positionspapier soll verdeutlichen, dass die Pflegeberufe in der Lage sind - im Rahmen einer Kammer – die beruflichen Interessen der Pflegenden sowie die Qualität pflegerischer Berufsausübung und damit die pflegerischer Versorgung der betroffenen Menschen sicherzustellen.

Es dient in der vorliegenden Fassung zunächst als Grundlage für die Diskussion mit den Berufsangehörigen der Pflege, um zu einem Meinungsbild bezüglich der Errichtung einer „Landespflegekammer Hessen“ zu gelangen.

Bei mehrheitlich positivem Votum der Berufsangehörigen wäre in einem nächsten Schritt die politische Zustimmung der Hessischen Landesregierung erforderlich, um mit der Erarbeitung der erforderlichen Rechtsnorm zur Errichtung einer Landespflegekammer beginnen und das Gesetzgebungsverfahren vorbereiten zu können.

II. Internationale Modelle der Regulierung und Qualitätssicherung der Pflege- und Gesundheitsberufe

Im Rahmen der Diskussion um die Errichtung von Pflegekammern wird häufig auf internationale Gegebenheiten verwiesen, wo bereits seit Jahren vergleichbare Körperschaften eingerichtet seien. Selten wird in der Argumentation auf die Struktur der entsprechenden Staaten sowie deren Gesundheits- und Bildungswesen eingegangen. Alle drei Aspekte sind aber dann wesentlich, wenn der Blick über die nationalen Grenzen für die Errichtung von Pflegekammern in deutschen Bundesländern hilfreich sein soll.

Die erste Übersicht zeigt exemplarisch die Körperschaften bzw. Behörden, welche für die Regulierung und Qualitätssicherung der Berufsausübung von professionell Pflegenden und Hebammen zuständig sind. Wobei in Großbritannien, Irland und Südafrika nationalstaatliche Regelungen die Arbeit der „Pflegeräte“(frei übersetzt) bzw. der „Pflegekammern“(frei übersetzt) rechtlich legitimieren. Aus den USA wird die Kammer eines Bundesstaates skizziert, da hier alle 50 Bundesstaaten die Kompetenz haben, für ihren Bundesstaat entsprechende Regelungen zu treffen. Die jeweiligen Gesetze der 50 US-Bundesstaaten weichen daher auch voneinander ab.

Alle nachfolgend dargestellten Nursing Councils bzw. Boards of Nursing sind durch ein Gesetz vom Parlament eingesetzt. Die Mitglieder des Vorstandes bzw. des Präsidiums werden gewählt oder berufen. Die Berufungen erfolgen durch Regierungsmitglieder, das Parlament oder wie in Kalifornien durch den Gouverneur (vergleichbar mit dem Ministerpräsidenten unseres Bundeslandes). Anders als bei den deutschen Heilberufskammern sind Laien und Vertreter/innen anderer Professionen in den Vorständen/Präsidiën vertreten. Zur Aufgabenerfüllung gibt es eine unterschiedliche personelle Ausstattung. Zur Leitung der Geschäfte wird eine Geschäftsführerin/ein Geschäftsführer bzw. ein geschäftsführendes Vorstandsmitglied bestimmt.

Wie die vier Beispiele der Abbildung zeigen, sind die Aufgaben im Kern identisch. Neben den Regelungen zur Berufsausübung gehören die Qualitätsentwicklung und die Qualitätssicherung der Aus-, Fort- und Weiterbildung dazu.

Abbildung 1: Pflegeberufe und Hebammen

The Nursing and Midwifery Council Großbritannienn	Irish Nursing Board- An Board Altranais Irland	South African Nursing Council Südafrika	California Board of Registered Nursing USA
Gesetzliche Grundlage: The Nursing and Midwifery Order (2001)	Gesetzliche Grundlage: The Nurses Act (1985)	Gesetzliche Grundlage: The Nursing Act (1978)	Gesetzliche Grundlage: The Nursing Practice Act (2005)
Organisatorischer Aufbau: <u>35 Mitglieder</u> <ul style="list-style-type: none"> • 12 ständige frei gewählte Mitglieder ("Registered Nurses") • 11 „Laienmitglieder“ („Lay Members“) • 12 Vertreter für ständige Mitglieder <u>Berufung der Mitglieder:</u> Laienmitglieder werden durch den Privy Council berufen. <p>4-jährige Amtsperiode der Mitglieder:</p>	Organisatorischer Aufbau: <u>29 Mitglieder</u> <ul style="list-style-type: none"> • 17 frei gewählte Mitglieder aus den Bereichen: allgemeine Pflege, Pädiatrie, Psychiatrie, Gerontologie, Public Health und Geburtshilfe (Hebammen) <ul style="list-style-type: none"> • 12 durch das Gesundheitsministerium berufene Mitglieder. <p>5-jährige Amtsperiode der Mitglieder</p>	Organisatorischer Aufbau: <u>39 Mitglieder</u> <ul style="list-style-type: none"> • 12 „Registered Nurses“ • 3 „Enrolled Nurses“ • 3 „Nursing Auxiliaries“ (Pflegehilfskräfte) • 18 Mitglieder die durch das Gesundheitsministerium berufen werden. • 1 Juristin/ Jurist (Association of Law Societies) • 1 Pharmazeutin/ Pharmaceutics (Pharmacy Council of South Africa) • 1 Medizinerin/ Mediziner (Health Professions Council of South Africa) <p>4-jährige Amtsperiode der Mitglieder:</p>	Organisatorischer Aufbau: <u>9 Mitglieder</u> <ul style="list-style-type: none"> • 5 Registered Nurses (RN) • 1 Medizinerin/ Mediziner • 3 Laienmitglieder <u>BRN ist an Ministerium für Verbraucherschutz angegliedert.</u> <p><u>Berufung der Mitglieder:</u> Durch Gouverneur und Parlament.</p> <p><u>es stehen ca. 90 Vollzeitstellen zur Erfüllung der Aufgaben zur Verfügung.</u></p> <p>4-jährige Amtsperiode der Mitglieder</p>
Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung, Lizenzierung • Regelung von Berufspflichten („Code of Conduct“). • Disziplinarverfahren gegen Mitglieder. • Qualitätssicherung der Aus-, Fort- und Weiterbildung. • Beratung 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung, Lizenzierung • Regelung von Berufspflichten (Berufsordnung). • Disziplinarverfahren gegen Mitglieder. • Qualitätssicherung der Aus-, Fort- und Weiterbildung. • Beratung des Gesetzgebers/ der Bürgerinnen u. Bürger. 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung, Lizenzierung • Qualitätssicherung der Aus-, Fort- und Weiterbildung. • Durchführung von Prüfungen. • Vergabe von Lizenzen an „Nursing Agencies“ (Vermittlungs-Stellen). 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung, Lizenzierung • Regelung von Berufspflichten. • Disziplinarverfahren gegen Mitglieder. • Erarbeitung von Standards für Ausbildungsprogramme. • Akkreditierung von Ausbildungseinrichtungen • Beratung des Gesetzgebers. • Rehabilitationsprogramm für Pflegende (bei Suchterkrankungen, psychischen Erkrankungen).

Abbildung 2: Gesundheitswesen / Gesundheitsberufe

Finnland National Authority for Medico legal Affairs	Schweden National Board of Health and Welfare	Norwegen Norwegian Board of Health	Dänemark National Board of Health
Gesetzliche Grundlage: The Act on Health Care Professionals (1994).	Gesetzliche Grundlage: The Health and Medical Service Act. The Social Services Act.	Gesetzliche Grundlage: The Health Personnel Act.	Gesetzliche Grundlage: The Danish Act on the Central Administration of Health Services (1987).
Status: <ul style="list-style-type: none"> Regulierungsbehörde Dem Gesundheitsministerium untergeordnet. Regulierung verschiedener Professionen im Gesundheitswesen. 	Status: <ul style="list-style-type: none"> Nationale Aufsichtsbehörde für soziale Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens. 	Status: <ul style="list-style-type: none"> -Aufsichtsbehörde der Gesundheitsdienste und sozialer Einrichtungen. 	Status: <ul style="list-style-type: none"> Nationale Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen. Dem Gesundheitsministerium untergeordnet.
Ziel: <ul style="list-style-type: none"> Sicherung/Förderung des Patientenschutzes. Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung. 	Ziel: <ul style="list-style-type: none"> Qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheits- u. Sozialwesen. 	Ziel: <ul style="list-style-type: none"> - Supervision von Gesundheitsdiensten, sozialen Einrichtungen und von Personal im Gesundheitswesen. 	Ziel: <ul style="list-style-type: none"> Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch Supervision und Monitoring von Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen.
Organisatorischer Aufbau: 54 Mitglieder <ul style="list-style-type: none"> Präsidium: 6 Mitglieder 48 Mitglieder verteilen sich auf versch. Ausschüsse. 	Organisatorischer Aufbau: 11 Mitglieder	Organisatorischer Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> 1 Generaldirektor (Berufung durch König) County Medical Officer (jeweils 1CMO pro Region, Berufung durch König) 	Organisatorischer Aufbau: 17 Mitglieder <ul style="list-style-type: none"> Präsidium: 3 Mitglieder 14 Mitglieder die sich auf versch. Ausschüsse verteilen.
Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> Registrierung, Lizenzierung (u.a. Nurses, Dentist, Pharmacists, Psychologists) Disziplinarverfahren Evaluierung u. Qualitätssicherung der Fort- u. Weiterbildung Supervision von Gesundheitsdiensten u. Personal im GW. Med./Forensische Gutachten Vergabe von Lizenzen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> Registrierung, Zertifizierung (17 Titel) Statistische Aufgaben (Krebsregister, Patientenregister) Richtlinien für med. und pfleg. Versorgung Supervision von Gesundheitsdiensten u. Personal im GW. Evaluierung von Reformen und Gesetzen Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung Evaluierung von Präventionsmaßnahmen 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung einer bedarfsorientierten med. u. pfleg. Versorgung. Supervision von Gesundheitsdiensten u. Personal im GW. Information u. Beratung des Gesetzgebers und der Öffentlichkeit. Beschwerdestelle Disziplinarische Auflagen. 	Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> Registrierung, Lizenzierung Regelung von Berufspflichten. Statistische Aufgaben (Krebsregister, Patientenregister) Information u. Beratung des Gesetzgebers und der Öffentlichkeit. Supervision von Gesundheitsdiensten u. von Personal im GW. Evaluierung von Gesundheitsdienstleistungen. Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitsinformatik, Gesundheitsökonomie Entwicklung von Richtlinien für med. Einrichtungen. Zentrum für Strahlenschutz

Die mit der Tabelle auf Seite 8 dargestellten Regelungen der skandinavischen Länder differenzieren nicht für die einzelnen Professionen des Gesundheitswesens. Zum Teil

beziehen diese Aufsichtsbehörden auch Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens mit ein. Aus diesem Grund ist auch das Aufgabenspektrum entsprechend ausdifferenziert. Vergleichbar mit den zuvor angeführten Ländern sind jeweils die rechtliche Legitimation und die Zielrichtung der Arbeit. Ebenso gibt es vergleichbare Aufgaben wie Registrierung, Lizenzierung, Regelung und Überwachung der Berufspflichten sowie Disziplinarverfahren.

Für die Diskussion um die Errichtung von Pflegekammern sind Kenntnisse über vergleichbare internationale Regelungen grundsätzlich hilfreich. Insbesondere die angeführten Aufgaben liefern konkrete Anregungen.

Allerdings muss beachtet werden, dass in der Mehrzahl der aufgeführten Länder ein nationales Gesundheitssystem existiert und die Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsberufen in das jeweilige Bildungssystem integriert und in der Regel im tertiären Bereich angesiedelt ist. Zudem gibt es eine längere akademische Tradition in der Pflege und die Kompetenz der Pflegekräfte wird sowohl im politischen als auch im Versorgungskontext in größerem Maße einbezogen.

Ein ganz wesentlicher Unterschied zu deutschen Heilberufskammern liegt darin, dass der Ausbildungsbereich zum Aufgabenspektrum der Nursing Boards und Nursing Councils gehört.

Zudem erfolgt die Finanzierung hauptsächlich durch die Erhebung von Gebühren für die Registrierung und Lizenzierung der Berufsangehörigen, welche für die Berufsausübung vorgeschrieben ist.

Eine Pflichtmitgliedschaft und Zahlung von Mitgliedsbeiträgen ist daher nicht erforderlich.

Bei den Heilberufskammern der deutschen Bundesländer erstreckt sich die Kompetenz nicht auf den Ausbildungsbereich sondern auf die Regelungen zur Fort- und Weiterbildungen. Bei den Weiterbildungsverordnungen folgen die Landeskammern in der Regel der Musterweiterbildungsordnungen der Bundeskammern (im rechtlichen Sinne sind diese Zusammenschlüsse keine Kammern). Die jeweilige Aufsichtsbehörde muss die Weiterbildungsordnungen rechtsaufsichtlich überprüfen, dies heißt, es müssen die

Vorschriften der jeweiligen Heilberufs- bzw. Kammergesetze und andere Rechtsnormen (z.B. EU-Richtlinien) beachtet werden.

Für die weitere Strategie zur Errichtung von Pflegekammern, sollten sowohl internationale Modelle Anregungen geben als auch die etablierten Konstrukte der in Deutschland als Körperschaften des öffentlichen Rechts etablierten Heilberufskammern beachtet werden.

III. Gesellschaftlicher Auftrag der professionellen Pflege

Pflege ist ein eigenständiger Bereich im Gesundheits- und Sozialwesen, eine selbständige Profession. In den aktuellen Berufsgesetzen der Alten- und Krankenpflege werden die Verantwortungsebenen und Aufgabenfelder professioneller Pflege in den Ausbildungszielen beschrieben. Die professionelle Pflege hat demnach den Auftrag, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten zu erwerben. Die Pflege ist - unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen - auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (§ 3 Krankenpflegegesetz).

Pflege ist Beratung, Begleitung und Betreuung. Pflege ist also Hilfe zum Leben und für die Gesellschaft ein unerlässlicher Dienstleistungsbereich mit eigenständigem gesellschaftlichem Auftrag.

Im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind immer die Grundrechte der Menschen berührt. Es geht dabei um die Unversehrtheit körperlicher, seelischer und sozialer Integrität und um die Menschenwürde.

Mängel in diesem Bereich können die Gesundheit gefährden und das Leben verkürzen. Es können chronische Krankheitszustände hervorgerufen und somit den Betroffenen unnötiges Leiden zugefügt werden.

Die Sicherstellung der Versorgung und der Schutz vor unsachgemäßer Pflege hat also eine zentrale Bedeutung für die Bevölkerung.

Die Schutzverpflichtungen des Staates gebieten daher, alles zu tun, um eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen und unzureichende Pflege zu vermeiden.

Die professionell - in den unterschiedlichen Bereichen und mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen - tätigen Pflegenden sind in der Lage das pflegerische Berufsprofil selbst zu bestimmen und die Qualitätskriterien der Berufsausübung festzulegen sowie deren Umsetzung zu regeln.

Eine Pflegekammer kann als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit einem gesetzlichen Auftrag die Interessen der Berufsangehörigen vertreten sowie die Rechte und Pflichten der professionellen Pflege festlegen und deren Einhaltung überwachen.

Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung sagen aus, dass der für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung notwendige Aufwand ansteigen wird.

Andererseits werden die dafür zur Verfügung stehenden Mittel zunehmend knapper werden.

Das heißt, die Politik und die Organe der Gesundheitsversorgung haben sich in Zukunft stärker mit der Tatsache auseinanderzusetzen, dass die Ressourcen knapper werden. Die Sicherung und Verteilung angemessener pflegerischer Leistungen rücken daher zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion.

Wenn die Strukturen des Gesundheitswesens unter dem Einfluss knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen umgebaut werden müssen, sind die politisch Verantwortlichen aufgefordert, zum Nutzen der Gesellschaft, auch die Expertise der Profession Pflege nachzufragen und zu nutzen.

Es wird zur Vermeidung von strukturellen Fehlentwicklungen notwendig sein, in Zukunft pflegerischen Sachverstand bei politischen Weichenstellungen weitaus stärker einzubeziehen. Um eine gerechte Verteilung der Pflegeleistungen auf der Grundlage der Pflegebedarfe zu gewährleisten, sind Grundlagen zu erarbeiten, die Anhaltspunkte für die Berechnung des Pflegepersonalbedarfs bieten.

Zu dem ist der pflegerische Sachverstand bei Entscheidungen über Form und Umfang der Mittelverwendung einzubeziehen, wobei unter anderem statistisch erhobene Daten der Pflegeforschung einzubeziehen sind.

Eine Pflegekammer kann die dazu notwendigen Fachkompetenzen bündeln und der Gesellschaft und der Politik zur Verfügung stellen.

Mit einer Pflegekammer erhält der Gesetzgeber eine Institution mit der er vorhandene pflegerische Kompetenzen kontinuierlich in sein Handeln einfließen lassen kann.

Um die wachsenden Aufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen bewältigen zu können, ist es sinnvoll, die Landesverwaltung von solchen Aufgaben zu entlasten, die zutreffender, einfacher und kostengünstiger von einer Kammer bewältigt werden können.

Der zentrale gesellschaftliche Auftrag einer Pflegekammer sollte sein, über die Qualität der pflegerischen Berufsausübung die Sicherung einer angemessenen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wobei auch die Interessenvertretung der professionell Pflegenden von großer Bedeutung ist.

IV. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Handlungsfelder der professionell Pflegenden

Wie bereits im vorangehenden Kapitel dargestellt, wird die professionelle Pflege im Wesentlichen von den Berufsgesetzen (Altenpflegegesetz, Krankenpflegegesetz) und den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV, KrPflAPrV) bestimmt. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle, die Beschreibung der unterschiedlichen Aufgaben- und Verantwortungsebenen in den jeweiligen Ausbildungszielen. Es wird in diesen Gesetzen deutlich der eigenverantwortliche Aufgabenbereich der professionell Pflegenden dargestellt, wobei Mitwirkungsaufgaben und die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Entwicklung von multidisziplinären Konzepten zur Gesundheitsversorgung, das Aufgabenprofil der professionellen Pflege vervollständigen.

Zudem wird die pflegerische Berufsausübung nicht unerheblich von gesundheits- und sozialrechtlichen Vorschriften mit bestimmt. Zur Verdeutlichung werden nachfolgend die wichtigsten Aspekte der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung angeführt. Der Focus liegt dabei auf der konkreten Benennung der pflegerischen Leistungen sowie der Einbeziehung der Pflege in Entscheidungsprozesse.

Vom Gesetzgeber wird für die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefordert, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen. Eine Festlegung der Qualitätskriterien und die Anpassung an pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für Pflege werden bisher kaum erhoben.

Das deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin, worunter auch die Pflege subsumiert wird, ist als fachlich unabhängige rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet. Die maßgeblichen Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens – u.a. auch zwei Mitglieder vom Deutschen Pflegerat - wirken als Mitglieder eines Kuratoriums (49 Mitglieder) bei der Aufgabenerfüllung des Zentrums mit.

Im Bereich der Rehabilitation werden die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände beteiligt. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen (*zur Sicherheit und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen*) nach Möglichkeit gehört.

Hier findet Pflege die bislang einzige Chance sich analog zu den medizinischen Partnern maßgeblich mit einzubringen und Qualitätsmaßstäbe mitzuprägen.

Nach der gesetzlichen Pflegeversicherung sollen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, von den Spitzenverbänden und den Trägern der Pflegeeinrichtungen erarbeitet und festgelegt werden. Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. Der Gesetzgeber verdeutlicht mit dieser Regelung die Notwendigkeit einer Pflegexpertise, die aber nur von fachlich entsprechend qualifizierten Pflegeexpertinnen und –Pflegeexperten erstellt werden kann.

Die Bildung von Landespflegeausschüssen (§ 92 SGB XI) zur Abgabe von Empfehlungen für die Weiterentwicklung und den Aufbau eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems ist zwar rechtlich festgelegt, aber ohne Vorschrift zur Beteiligung von Pflegeexpertinnen und -experten.

In Hessen ist jedoch seit einigen Jahren ein Mitglied aus den pflegewissenschaftlichen Studiengängen in diesen Ausschuss berufen und kann die pflegewissenschaftliche Expertise dort einbringen.

Die Ausgestaltung der kommunalen Verantwortung liegt gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) im Kompetenzbereich der einzelnen Länder. Im Rahmen von Landespflegegesetzen oder Landespflegeplänen wird die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der pflegerischen Versorgung der Bürgerinnen und

Bürger gestaltet. Die damit verbundenen Aufgaben können nur durch das gemeinsame Engagement aller an der Pflege Beteiligten angemessen bewältigt werden.

In stationären Pflegeeinrichtungen ist das Heimgesetz (HeimG) als ein Bewohnerschutzgesetz mit ordnungsrechtlichem Schwerpunkt für alle Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe, einschließlich Einrichtungen der Kurzzeitheime, Tages- und Nachtpflege und Hospizen maßgebend.

Zweck des Gesetzes ist u. a. die Würde, Bedürfnisse und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen und die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu wahren und zu fördern.

Das HeimG verpflichtet die o. g. Einrichtungen, ihre Leistungen im Pflege- und Betreuungsbereich nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand pflegerischer und medizinischer Erkenntnisse zu erbringen.

Im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Pflege ist zu realisieren, dass für alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner eine Pflegeplanung entwickelt und deren Umsetzung prozesshaft durchgeführt, dokumentiert und evaluiert wird.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses ist nach dem HeimG als ein klassisches Aufgabenfeld von Pflegefachkräften zu betrachten.

In diesem Zusammenhang fordert das HeimG im Rahmen der Sicherstellungspflicht insbesondere die Kompetenz von Pflegefachkräften und eine ausreichende Personalbesetzung, um dem gesetzlichen Anspruch im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht zu werden.

Die Heimpersonalverordnung (HeimPersV) definiert für Leitungskräfte im Bereich der Pflege ein hohes Anforderungsprofil. Im Zusammenhang mit den Qualifikationsanforderungen für die Leitungen der Pflegedienste wird gefordert, dass eine abgeschlossene Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen mit staatlichem Abschluss vorliegt. Zudem sind durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung

Leitungserfahrungen nachzuweisen und es dürfen keine persönlichen Ausschlussgründe (z.B. wegen eines Verbrechens) vorliegen. Dies bedeutet, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den Abschluss eines Pflegestudiums an einer anerkannten Fachhochschule absolviert haben, und zwei Jahre Leitungserfahrung in einer vergleichbaren Einrichtungen gesammelt haben, auch ohne eine Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung in der Alten- oder Krankenpflege, nach dem HeimG bzw. der HeimPersV die Leitung des Pflegedienstes übernehmen können.

Im Zusammenhang mit der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung ist die enge Zusammenarbeit zwischen den Heimaufsichtsbehörden, Pflegekassen, deren Landesverbände, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe verpflichtend.

V. Aufgaben einer Kammer für Pflegeberufe in Hessen

In den Bundesländern findet, aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, die Diskussion für und gegen Kammern schon seit den neunziger Jahren, wellenförmig statt. Sie beruht auf der Annahme, dass Pflegekräfte sich ihrer gesellschaftlichen und politischen Verantwortung bewusst sind und dieser nachkommen wollen (Kellnhauser 1993). Die zunehmende Akademisierung und Professionalisierung der Pflegenden in Deutschland schafft hierfür eine wichtige Grundlage.

Zum Wohle der Allgemeinheit wollen Pflegenden die notwendigen und dem allgemeinen Stand der Pflege angepassten Pflegeaufgaben den Bürgerinnen und Bürgern zukommen lassen und den der Pflege entsprechenden Platz im Gesundheitssystem einnehmen. Dies wird möglich auf Grund ihres Berufsverständnisses und ihrer Professionalität.

Eine Pflegekammer mit einem klaren staatlichen Auftrag, ist in ihrer Aufgabenstellung und Verantwortlichkeit für die Konzipierung der Berufsordnung und der daraus resultierenden Berufspflichten und Berufsrechten der Kammerangehörigen verantwortlich. Sowie dem Anrecht der Bürgerinnen und Bürgern auf die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verpflichtet. „Im Gegensatz zu den Kammern haben Verbände weder Rechtsetzungs– noch Aufsichtsfunktion über ihre Mitglieder. Verbände haben ihren Verbandssatzungen entsprechend spezifische Zielsetzungen und Funktionen“ (Aufgaben und Organisationsstruktur der Ärztekammer Hessen März 2005, 1))

Im Einzelnen heißt das, dass eine Pflegekammer für folgende Aufgaben zuständig wäre:

1. Die Belange der Berufsangehörigen und der Pflege gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, den Bundesbehörden und den Europäischen Institutionen zu vertreten:
2. Mitwirkung bei der Gesetzgebung
3. Eine einheitliche Regelung der Berufspflichten und der Grundsätze für die Berufsausübung für alle Aufgabengebiete der Pflege etablieren.
4. Sich für eine Qualitätssicherung einzusetzen, die eine prozessorientiert Vorgehensweise fördert und den Pflegearbeitsbedingungen angemessen ist.

5. Die Fort- und Weiterbildung zu gestalten.
6. Tagungen zur öffentlichen Erörterung gesundheitlicher Angelegenheiten zu veranstalten und sich für moderne Versorgungsformen und Public Health einzusetzen
7. Auf eine angemessene, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende, pflegerische Versorgung der Bevölkerung in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereichen hinwirken.
8. Die die Pflege betreffenden Belange der Bevölkerung gegenüber den Berufsangehörigen der Pflege zu vertreten.

Als Vorschläge zur Gestaltung der vorher genannten Aufgabenbereiche können die folgenden Ausführungen gelten:

Zu Punkt 1

Die Belange der Berufsangehörigen und der Pflege gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, den Bundesbehörden und den Europäischen Institutionen zu vertreten.

Differenziert heißt das:

- Stellungnahmen zu aktuellen Themen und Entwicklungen des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, für den Gemeinsamen Bundesausschuss (gemäß § 91 SGB V) zu Modellprojekten des Bundes und der Länder) abzugeben
- Versorgungs- und Bildungskonzepte zu entwickeln oder zu überprüfen und in nationale und europäische Gremien einzubringen
- Publikationen und Darstellungen des Berufsstandes in den Medien
- Internetpräsenz über den Berufsstand und die dessen Aufgabenspektrum
- Herausgabe einer Fachzeitschrift

Zu Punkt 2

Mitwirkung bei der Gesetzgebung, durch:

- Gutachtenerstellung und Beratung zur Vorbereitung von Gesetzesvorhaben
- Teilnahme an Anhörungen und Einbringen von Stellungnahmen in Gesetzgebungsverfahren
- Informationen des Berufsstandes und der Öffentlichkeit über geplante und bereits erfolgte Gesetzesänderungen und deren Auswirkungen

Zu Punkt 3

Eine einheitliche Regelung der Berufspflichten und der Grundsätze für die Berufsausübung für alle Aufgabengebiete der Pflege etablieren durch die:

- Entwicklung eines ethischen Kodex
- Entwicklung einer Berufsordnung
- Überwachung und Gewährleistung bzw. Einhaltung des ethischen Kodexes und der Berufsordnung
- Beschreibung und Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche und Verantwortungsebenen in der pflegerischen Berufsausübung z.B. Laienpflege, Pflege auf verschiedenen Ausbildungs- und Weiterbildungsniveaus
- Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des gesundheits- und Sozialwesens, mit dem besonderen Focus auf die Schnittstellen der Berufe
- Registrierung, Erteilung von Lizenzen, sowie Re-Zertifizierungen
- Disziplinierung – Berufsgerichtsbarkeit
- Beitragsverwaltung – Leistungen für die Mitglieder der Kammer

Zu Punkt 4

Sich für eine Qualitätssicherung einzusetzen, die eine prozessorientierte Vorgehensweise fördert und den Pflegearbeitsbedingungen angemessen ist. Durch die Entwicklung

- von Qualitätsstandards in Versorgungs- und Pflegekonzepten
- von ressourcenorientierten Pflegeplanungsinstrumenten
- durch die begleitenden Unterstützung der Einführung von wissenschaftlich erarbeiteten Expertenstandards

Zu Punkt 5

Die Fort- und Weiterbildung zu gestalten:

- Bildungsstandards zu entwickeln, zu etablieren, zu überwachen und zu evaluieren
- Entsprechende Fortbildungsangebote zu gestalten
- Erarbeitung und Umsetzung einer entsprechenden Weiterbildungsordnung für die Berufsangehörigen der Pflege
- die Akkreditierung von Curricula und Fort- und Weiterbildungsangeboten bzw. Fort- und Weiterbildungseinrichtungen

- die vertikale Durchlässigkeit von der Berufsausbildung in die Akademisierung unterstützen und fördern.

Zu Punkt 6

Tagungen zur öffentlichen Erörterung gesundheitlicher Angelegenheiten zu veranstalten und sich für moderne Versorgungsformen und Public Health einzusetzen, wie z.B.:

- die Pflegeforschung und die Theoriefundierung in der Pflege und deren Weiterentwicklung zu fördern
- den Theorie/Praxistransfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu unterstützen
- strukturelle Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes, um z.B. eine qualifizierte ambulante und häusliche Versorgung von schwerst- und chronisch kranken Menschen, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen (Bartholomeyczik 2003)

Zu Punkt 7

Auf eine angemessene, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende, pflegerische Versorgung der Bevölkerung in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereichen hinwirken:

- Konzepte, Expertenstandards und Richtlinien durch Experten erarbeiten und umsetzen
- Schaffung von Voraussetzungen zur Wahrnehmung von Aufgaben bei der Versorgungskoordination und -integration (Bartholomeyczik 2003)

Zu Punkt 8

Die die Pflege betreffenden Belange der Bevölkerung gegenüber den Berufsangehörigen der Pflege zu vertreten:

- Beschwerdemanagement
- Gutachter- und Schlichtungsstelle
- Schiedsstelle
- Pflegefachaufsicht

VI. Rechtliche Einschätzung zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe

Die etablierten berufsständischen Kammern in den deutschen Bundesländern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die rechtsfähig sind durch Gesetz bzw. aufgrund eines Gesetzes geschaffen werden.

Der Hauptgrund für den Gesetzgeber zur Errichtung einer solchen Kammer ist die Einbindung des Sachverständigen einer Berufsgruppe in staatliche Entscheidungsprozesse. Es gibt aber keinen Rechtsanspruch auf die Errichtung einer Kammer. Dem Gesetzgeber ist es weitgehend freigestellt wann er öffentliche Aufgaben durch Selbstverwaltungseinheiten oder unmittelbar durch staatliche Behörden wahrnehmen lassen will.

In einem solchen politischen Entscheidungsprozess werden insbesondere die Vorteile für das Gemeinwesen, die Entlastung der Verwaltung und die Notwendigkeit den Sachverständigen einer Berufsgruppe einzubeziehen, geprüft.

Eine Pflegekammer würde, wie die Heilberufskammern, die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben mit hoheitlichen Mitteln unter staatlicher Aufsicht übernehmen.

Eine solche Körperschaft des öffentlichen Rechts untersteht zwar staatlicher Aufsicht, ist aber mit eigener Verantwortung und Entschlussfreiheit, sowie mit eigenen Organen ausgestattet.

Die Kammer der Pflegeberufe muss also der Erfüllung **öffentlicher Aufgaben** dienen.

Die Sicherung der pflegerischen Leistungserbringung durch die professionell Pflegenden kann insoweit als öffentliche Aufgabe bezeichnet werden, da diese auf **Menschenwürde** (Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz – GG -) und Verwirklichung des Allgemeinen

Persönlichkeitsrechts (Artikel 2 Absatz 1 GG) begründet ist und der Förderung der **körperlichen Unversehrtheit** dient (Art. 2 Abs. 2 GG).

Vorbehaltene Aufgaben* in der Pflege können zum Teil aus dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) abgeleitet werden. Eine entsprechende Fixierung dieser Aufgaben in den Berufsgesetzen, wäre ein unterstützendes Argument bei der Realisierung einer Pflegekammer. Allerdings enthalten weder das Altenpflegegesetz noch das novellierte Krankenpflegegesetz solche „Vorbehaltenen Aufgaben“.

Jedoch werden in § 3 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG (BGBl. I S. 1442) die eigenverantwortlichen Aufgaben der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beschrieben.

Sollte eine Kammer für Pflegeberufe nach dem Modell der bereits bestehenden Heilberufskammern eingerichtet werden, wäre eine Pflichtmitgliedschaft vorzuschreiben.

Eine solche „Pflichtmitgliedschaft“ ist immer ein Eingriff in die Grundrechte einzelner Rechtssubjekte. Dieser Sachverhalt muss in Relation zu dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel und in einem „vernünftigen“ Verhältnis zu den Vorteilen des einzelnen Berufsangehörigen und der Allgemeinheit stehen.

Die vorliegenden Rechtsgutachten und die entsprechende Fachliteratur zu dieser Thematik begründen die Feststellung, dass rein rechtlich die Möglichkeit zur Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe gegeben ist.

Um die rechtlichen Grundlagen für die Errichtung der Kammer schaffen zu können, ist die Öffentlichkeit, sind die Berufsangehörigen und Vertreterinnen und Vertreter der Politik von der gesellschaftlichen Relevanz – wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben - einer Pflegekammer zu überzeugen.

* Def.: Vorbehaltstätigkeiten sind solche Tätigkeiten die unter einem rechtlichen Vorbehalt nur von Personen ausgeführt werden dürfen, die über besondere berufliche Qualifikationen und berufsrechtlichen Status verfügen und somit die Erlaubnis zur Ausübung dieser Tätigkeiten besitzen.

VII. Modell einer Landespflegekammer Hessen

Die Errichtung einer Landespflegekammer in Hessen muss auf der Grundlage eines Landesgesetzes über die Berufsvertretung, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsggerichtsbarkeit der Pflegeberufe (z.B. Pflegeberufsgesetz) erfolgen.

Nach den vorliegenden Daten ergäbe sich für ca. 50.000 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und ca. 10.000 Altenpfleger/innen, die in Hessen ihren Beruf ausüben, eine verpflichtende Mitgliedschaft. Bisher liegen keine Zahlen zu den akademisch qualifizierten Pflegenden vor, bzw. zu den Berufsangehörigen die in Behörden, Ämtern, Verbänden und Medien auf der Grundlage ihrer beruflichen Qualifikation tätig sind.

Die Struktur der Kammer könnte wie folgt aussehen:

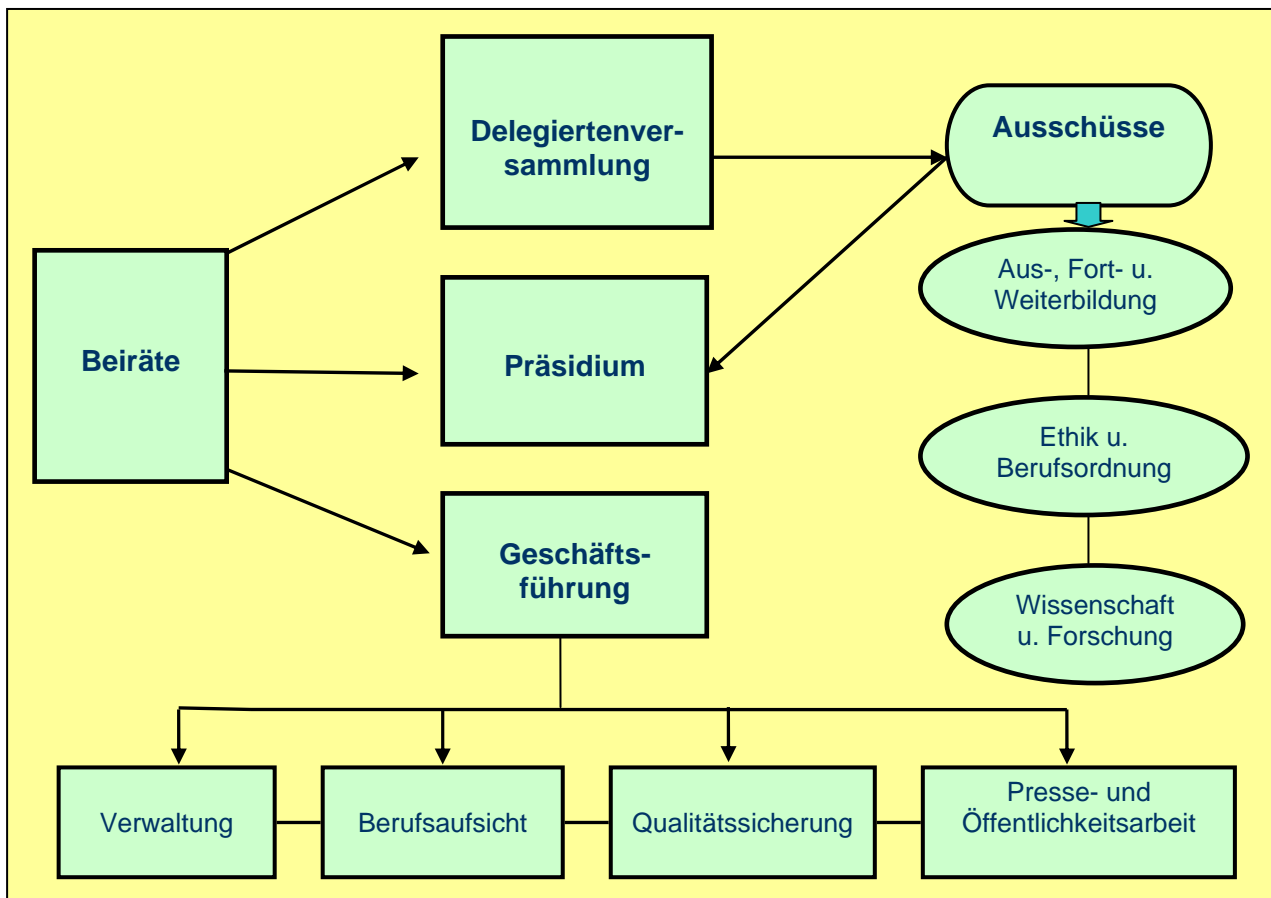


Abbildung 3

Da für eine Landespflegekammer eine Pflichtmitgliedschaft mit entsprechenden Beiträgen gegeben wäre und um die mögliche finanzielle Belastung der Kammermitglieder zu verdeutlichen, werden nachfolgend zwei Modelle vorgestellt.

Das erste Modell orientiert sich an der Beitragserhebung der Arbeitnehmerkammer des Landes Bremen. Die Beitragsstufen 1 bis 28 bilden die jährlichen Einkünfte von 20.000 bis 200.000 € ab. In allen Beitragsstufen wird ein einheitlicher Beitragssatz von **0,15 %** der jährlichen Einkünfte zu Grunde gelegt.

Beitragsstufen	jährliche Einkünfte in €	Betrag in €
1	unter 20.000,00 € (Mindestbeitrag)	20,00 €
2	20.000,00 € bis unter 25.000,00 €	30,00 €
3	25.000,00 € bis unter 30.000,00 €	40,00 €
4	30.000,00 € bis unter 35.000,00 €	45,00 €
5	35.000,00 € bis unter 40.000,00 €	50,00 €
6	40.000,00 € bis unter 45.000,00 €	60,00 €
7	45.000,00 € bis unter 50.000,00 €	70,00 €
8	50.000,00 € bis unter 55.000,00 €	75,00 €
9	55.000,00 € bis unter 60.000,00 €	80,00 €
10	60.000,00 € bis unter 65.000,00 €	90,00 €
11	65.000,00 € bis unter 70.000,00 €	100,00 €
12	70.000,00 € bis unter 75.000,00 €	105,00 €
13	75.000,00 € bis unter 80.000,00 €	110,00 €
14	80.000,00 € bis unter 85.000,00 €	120,00 €
15	85.000,00 € bis unter 90.000,00 €	130,00 €
16	90.000,00 € bis unter 95.000,00 €	135,00 €
17	95.000,00 € bis unter 100.000,00 €	140,00 €
18	100.000,00 € bis unter 105.000,00 €	150,00 €
19	105.000,00 € bis unter 110.000,00 €	160,00 €
20	110.000,00 € bis unter 115.000,00 €	165,00 €
21	115.000,00 € bis unter 120.000,00 €	170,00 €
22	120.000,00 € bis unter 125.000,00 €	180,00 €
23	125.000,00 € bis unter 130.000,00 €	190,00 €
24	130.000,00 € bis unter 135.000,00 €	195,00 €
25	135.000,00 € bis unter 140.000,00 €	200,00 €
26	140.000,00 € bis unter 145.000,00 €	210,00 €
27	145.000,00 € bis unter 150.000,00 €	220,00 €
28	150.000,00 € bis unter 200.000,00 €	225,00 €

Abbildung 4: Modell einheitlicher Beitragssatz

Das zweite Modell lehnt sich grob an die Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen an. Die jährlichen Einkünfte werden wie im ersten Modell in 28 Beitragsstufen abgebildet, allerdings steigt der Beitragssatz mit steigendem Einkommen.

Beitragsstufen	jährliche Einkünfte in €	Betrag in €
1	unter 20.000,00 € (Mindestbeitrag)	20,00 €
2	20.000,00 € bis unter 25.000,00 €	40,00 €
3	25.000,00 € bis unter 30.000,00 €	60,00 €
4	30.000,00 € bis unter 35.000,00 €	80,00 €
5	35.000,00 € bis unter 40.000,00 €	100,00 €
6	40.000,00 € bis unter 45.000,00 €	120,00 €
7	45.000,00 € bis unter 50.000,00 €	140,00 €
8	50.000,00 € bis unter 55.000,00 €	160,00 €
9	55.000,00 € bis unter 60.000,00 €	180,00 €
10	60.000,00 € bis unter 65.000,00 €	200,00 €
11	65.000,00 € bis unter 70.000,00 €	220,00 €
12	70.000,00 € bis unter 75.000,00 €	240,00 €
13	75.000,00 € bis unter 80.000,00 €	260,00 €
14	80.000,00 € bis unter 85.000,00 €	280,00 €
15	85.000,00 € bis unter 90.000,00 €	300,00 €
16	90.000,00 € bis unter 95.000,00 €	320,00 €
17	95.000,00 € bis unter 100.000,00 €	340,00 €
18	100.000,00 € bis unter 105.000,00 €	360,00 €
19	105.000,00 € bis unter 110.000,00 €	380,00 €
20	110.000,00 € bis unter 115.000,00 €	400,00 €
21	115.000,00 € bis unter 120.000,00 €	420,00 €
22	120.000,00 € bis unter 125.000,00 €	440,00 €
23	125.000,00 € bis unter 130.000,00 €	460,00 €
24	130.000,00 € bis unter 135.000,00 €	480,00 €
25	135.000,00 € bis unter 140.000,00 €	500,00 €
26	140.000,00 € bis unter 145.000,00 €	520,00 €
27	145.000,00 € bis unter 150.000,00 €	540,00 €
28	150.000,00 € bis unter 200.000,00 €	560,00 €

Abbildung 5: Modell mit abgestuften Beitragssätzen

VIII. Fazit

Der Auftrag des Gesetzgebers an die Berufsgruppe der Pflege – nämlich zur Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit beizutragen und die Versorgung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen sowie alten und kranken Menschen sicherzustellen – wird in den verschiedenen berufs- und sozialrechtlichen Vorschriften deutlich.

Die Möglichkeit für die Politik, Expertenwissen aus der Pflege in die einzelnen Gremien einzubringen, ist durch das breit gestreute Fachwissen, dessen Verteilung für die Politik nicht transparent ist, sehr schwierig. Hier kann eine Bündelung in einem Organ der Selbstverwaltung dazu beitragen, dass die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker schnell und sicher die qualifizierten Fachleute in der Pflege zu jedem Schwerpunkt bei der Umsetzung von Gesetzen mit Expertisen beauftragen können.

Das Grundgesetz der Bundesrepublik hat weite Bereiche des Gesundheitswesens den Bundesländern zugeordnet. Diese haben über die jeweiligen Heilberufsgesetze bestimmt, welche Aufgaben in autonomer Regelungskompetenz von den Kammern subsidiär wahrzunehmen sind.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts kann die Pflegekammer Standards der pflegerischen Berufsausübung in der häuslichen Pflege, in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe, Krankenhausbereich sowie in Bereichen des gesellschaftlichen Lebens festlegen und diese überwachen. Sie vertritt die beruflichen Belange ihrer Mitglieder gegenüber dem Staat und der Gesellschaft.

Eine Selbstverwaltung der Pflege in Form einer Kammer, die für die Bevölkerung und ihre Mitglieder unterschiedliche Aspekte der Berufsausübung regelt und deren Interessen in eigener Verantwortung vertritt, ist nicht nur finanziell günstiger, sondern erfolgt auch praxisnäher und sachkundiger, als der Staat dies kann.

Daher ist die Bildung einer Pflegekammer die logische und absolut notwendige Konsequenz.

Im Bereich der „akademischen Heilberufe“ hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit von Kammern anerkannt und stellt das Wesen einer Kammer nicht in Frage. Als aktuelles Beispiel sei auf die Errichtung der Kammern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Bundesländern hingewiesen.

Eine starke Selbstverwaltung der Pflege ist auch Ausdruck gelebter Demokratie. Im Auftrag des Gesetzgebers übernimmt die Pflege die Weiterentwicklung und Sicherung ihrer Profession. Hierzu ist eine Mitgliedschaft aller Berufsangehörigen der Pflege erforderlich. Der dafür zu errichtende Beitrag wird aufgrund der Größe der Berufsgruppen nicht so gravierend sein, dass eine Kosten-Nutzen-Abwägung argumentativ gegen die Errichtung einer Landespflegekammer geführt werden könnte.

Die professionell Pflegenden treffen eine entsprechende Entscheidung und erklären ihre Bereitschaft, den gesellschaftlichen Auftrag einer Kammer für Pflegeberufe zu erfüllen.

Projektgruppenmitglieder

Professorin Marlies Beckmann, Fachhochschule Frankfurt a. M.

Elke Freyenhagen, Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst

Volker Gussmann, Regierungspräsidium Gießen

Klaus Mathes, Hessische Schulleiterkonferenz für Altenpflege

Beatrix Schade, Verband der Pflegedirektoren Hessen e.V.

Peter Tiefenbach, Verband der Pflegedirektoren Hessen e.V. (ab 2006)

Klaus-Wilhelm Ring, Hessisches Kultusministerium

Helga Bußmeier-Lacey, Hessisches Sozialministerium

Literatur / Quellenverzeichnis

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Gesetz über die Kammer und die Berufsgerichtsbarkeit der Kranken- und Altenpflegeberufe (Berliner Pflegekammergesetz); Berlin 1999

Bartholomeyczik, S.: Grunddimensionen - Eine Definition von Pflege; unveröffentlicht, 2003

Berliner Kammergesetz §4 (GBVBL 1980, S. 1937, zuletzt geändert durch Gesetz vom 28.09.1990, GBVBL 1990, S. 2119)

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36 vom 21. Juli 2003 (Krankenpflegegesetz), S. 1442 – 1158

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 44 vom 4. September 2003 (Neufassung des Altenpflegegesetzes), S. 1690 – 1696

BvG 46, 160 und 164

Hanika, H.: Pflegekammern in Deutschland - Durchbruch oder endlose Warteschleife ?!, in: PflegeRecht 5/2005, S. 203 - 216

Hessisches Heilberufsgesetz vom 10. November 1954, zuletzt geändert 2006

Kunz, E., Butz, M.: Heimgesetz, München 2004

Kellnhauser, E.: Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege
Bibliomed Med. Verlagsgesellschaft, Melsungen 1994

Kellnhauser, E.: in Die Schwester /Der Pfleger Titel wird noch herausgesucht S. 508-514, Melsungen 1993

Klöppl, B.: Gesetzesentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Kranken- und Altenpflegeberufe (Berliner Pflegekammergesetz), Berlin 3. Dezember 1998

Pfleggar, M.: „Kammern für Pflegeberufe“ Referat vom 9. Juni 1997

Plantholz, M.: Kammern für Pflegeberufe: Voraussetzungen, Chancen und Gefahren, Vortrag 19. November 1998, Fulda

Pflegerat Nordrhein-Westfalen: Kammer für Pflegeberufe – Positionspapier, 2002

Seewald, O.: Rechtsgutachten „Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern“, Dezember 1997

Sielaff, R. : Pflegekammern als Instrument zur Professionalisierung der Pflege,
in: PflegeRecht 2/2001, S.58 - S.67

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung, Stand 2005

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung, Stand 2005

Roßbruch, R.: Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig?, in : PflegeRecht 1/2001, S.1 – S.16

Roßbruch, R.: Pflegekammern in Deutschland – Durchbruch oder endlose Warteschleife?!, in: PflegeRecht 5/2005, S. 203 – S. 216

Internetquellen

URL:http://www.psychotherapiekammer-hessen.de/kammerintern_02.php. vom 03.06.2003

Straussberger-Erklärung, Deutscher Pflegerat, 2004; Online im WWW unter
URL: http://www.deutscher-pflegerat.de/documents/StraussErklaer_040831.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegeberufe und Hebammen

Quellen:

An Bord Altranais: Annual Report 2004, Dublin, 2005; Online im WWW unter URL: <http://www.nursingboard.ie/>

California Board of Registered Nursing; Online im WWW unter URL: <http://www.rn.ca.gov/about/about.htm>

Nursing and Midwifery Council: Annual Review 2003-2004, London, 2004; Online im WWW unter URL: <http://www.nmc-uk.org/aSection.aspx?SectionID=5>

South African Nursing Council: The Nursing Practice Act, 1978; Online im WWW unter URL: <http://www.sanc.co.za/about01.htm>

Abbildung 2: Gesundheitswesen / Gesundheitsberufe

Quellen:

National Authority for Medicolegal Affairs: Annual Report 2004; Helsinki, 2005; Online im WWW unter URL: http://www.teo.fi/Hakemistot_e/h10/TEO_tm_k_englanti_2004.pdf

National Board of Health Denmark - Sundhedsstyrelsen; Online im WWW unter URL: http://www.sst.dk/Om_os.aspx?lang=en

National Board of Health and Welfare Sweden - Socialstyrelsen; Online im WWW unter URL: <http://www.sos.se/sose/sos/omsos/about.htm>

Norwegian Board of Health - Helsetilsynet; Online im WWW unter URL: http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks____5517.aspx

Abbildung 3: Strukturmodell einer Kammer für Pflegeberufe

Abbildung 4: Modell einheitlicher Beitragssatz

Quelle:

Beitragsordnung der Arbeitnehmerkammer des Landes Bremen

Abbildung 5: Modell mit abgestuften Beitragssätzen

Quelle:

Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen