



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2018

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Antje Schwinger

Die Bundespflegekammer als Interessenvertretung der Pflege – zu hohe Erwartungen?

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018 (Seite 30–45)

Antje Schwinger

Die Bundespflegekammer als Interessenvertretung der Pflege – zu hohe Erwartungen?

Mit der Gründung einer Bundespflegekammer wird eine verbesserte Interessenvertretung der Pflege assoziiert. Zwischen den legitimierten Aufgaben von Pflegekammern und der öffentlichen Wahrnehmung besteht jedoch eine Diskrepanz. Der Beitrag beschreibt insofern Aufgaben und potenziellen Handlungsrahmen einer Bundespflegekammer. Schwerpunkt ist die Diskussion der Einbindung einer Bundespflegekammer in das korporatistische Gesundheitswesen – hier konkret in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Aufgrund der Tatsache, dass heute erst drei Landespflegekammern bestehen, können die potenziellen Wirkungen auf die Interessenvertretung noch nicht abschließend bewertet werden.

Einleitung

Die Situation der Pflegekräfte ist auf der politischen Agenda angekommen. Der seit Langem prognostizierte Fachkräftemangel (Rothgang et al. 2016; SVR Gesundheit 2012) hat das öffentliche Bewusstsein erreicht. Der neue Koalitionsvertrag kündigt von einem Sofortprogramm Pflege mit 8.000 neuen Fachkraftstellen und besserer Bezahlung sowie von einer „Konzertierten Aktion Pflege“ unter anderem mit besserem Personalschlüssel und einer Ausbildungsoffensive.

Pflegekräfte und ihre Interessenvertretungen versuchen schon seit Langem, auf die Situation aufmerksam zu machen, und fordern unter anderem eine verbesserte Interessenvertretung der Pflege durch eine Bundespflegekammer – wahrscheinlich mit der Blaupause der Bundesärztekammer im Kopf. Die Idee ist nicht neu: Auch vor dem Hintergrund des Pflegenotstands der späten 1980er-Jahre hatte es eine Vielzahl an Initiativen zur Errichtung von Pflegekammern gegeben. Alle damaligen Vorstöße scheiterten jedoch (Schwinger 2016b). Mehr als 20 Jahre später ist eine zweite Welle von Kammerinitiativen zu beobachten, dieses Mal mit deutlich mehr Erfolg: In drei Bundesländern sind Pflegekammern beziehungsweise Gesetze zur Errichtung solcher in Kraft. In Rheinland-Pfalz hat am 1. Januar 2016 die erste Pflegekammer Deutschlands ihre Arbeit aufgenommen. Schleswig-Holstein und Niedersachsen werden folgen

beziehungsweise sind bereits dabei, eine Pflegekammer zu errichten (SH Drucksache 18/2569 und NDS Drucksache 17/5110). Gleichzeitig haben der Deutsche Pflegerat e.V. und die Pflegekammer Rheinland-Pfalz Ende 2017 eine Gründungskonferenz für die Errichtung der Bundespflegekammer ins Leben gerufen (www.bundespflegekammer.de).

Der Beitrag wird vor diesem Hintergrund der Frage nachgehen, welche Aufgaben einer Bundespflegekammer qua rechtlichem Rahmen überhaupt zuschreibbar wären und welche Grenzen bestehen. Anschließend wird darauf eingegangen, wie eine Interessenvertretung durch die Bundespflegekammer einzuordnen ist und ob die bestehenden hohen Erwartungen an eine solche berechtigt sind.

Aufgaben einer Bundespflegekammer

Wichtig für das Verständnis einer Bundespflegekammer ist, dass der Bundesgesetzgeber, wie bei der Ärztekammer auch, keine Regelungskompetenz für die Schaffung einer solchen Kammer auf Bundesebene hat (Igl 2013). Die föderale Ordnung schreibt den Bundesländern grundsätzlich die Verantwortung zu. Mit Blick auf die Gesundheitsberufe ist dem Gesetzgeber auf Bundesebene jedoch vorbehalten, die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ zu regeln (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 19 GG). Konkret bedeutet dies, dass der Bund durch das Krankenpflege- und Altenpflegegesetz beziehungsweise perspektivisch durch das Pflegeberufegesetz und die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen die Berufsausbildung sowie Zulassung in den Beruf gestaltet. Die Regulierung der Berufsausübung und Weiterbildung hingegen obliegt den Ländern.

Die Ärztekammern haben sich also im Sinne einer Arbeitsgemeinschaft zur Bundesärztekammer (BÄK) zusammengeschlossen. Die Bezeichnung Bundesärztekammer ist insofern missverständlich, da es sich hierbei lediglich um einen freiwilligen privatrechtlichen Zusammenschluss der Landesärztekammern mit dem Ziel der Abstimmung von Verbandstätigkeiten handelt. Die BÄK ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts und hat keine Regelungs- oder Aufsichts befugnis über die selbstständigen Landesärztekammern (Böge 2010). Die Landesärztekammern und ebenso die bereits bestehenden Landespflegekammern sind jedoch Selbstverwaltungskörperschaften.

Die Gesetzgebung der Länder kann diesen eine Reihe von Aufgaben übertragen, die unter den Überschriften Standesaufsicht, Standesförderung und Standesvertretung subsumiert werden können (Martini 2014; Seewald 1998). Zum besseren Verständnis eines (potenziellen) Aufgabenrahmens einer Bundespflegekammer soll hierauf im Folgenden kurz eingegangen werden.

Rechtlicher Rahmen der Landespflegekammern

Standesaufsicht

Aufgrund der besonderen Schutzbedürfnisse von Patienten ist eine Vielzahl der Gesundheitsberufe reguliert. Das bedeutet, dass die Ausübung des Berufs mit Ausbildungsanforderungen verbunden ist. Nur wer diese erfüllt, darf den gesetzlich geschützten Berufstitel tragen. Wie oben erläutert, formuliert für den Pflegeberuf (und auch für den Arztberuf) der Bundesgesetzgeber diese Anforderungen, sodass dies nicht an eine Kammer delegiert werden könnte. Darüber hinaus können aber weitere Berufspflichten formuliert werden, die mit der Erlaubnis einhergehen, die Berufsbezeichnung zu tragen. Das Heilberufsgesetz in Rheinland-Pfalz (HeilBG), das Pflegeberufekammergesetz (PBKG) in Schleswig-Holstein und das Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege (PflegeKG) in Niedersachsen formulieren allgemeine Berufspflichten (beispielsweise die Verpflichtung zur gewissenhaften Berufsausübung), besondere Berufspflichten (beispielsweise die Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung) und geben den Rahmen der durch die Kammern zu erlassenen Inhalte der Berufsordnung vor (beispielsweise die Einhaltung der Schweige- und Dokumentationspflicht sowie zur Qualitätsentwicklung und -sicherung) (vergleiche § 2, §§ 21–24 HeilBG; § 3, §§ 29–31 PBKG; §§ 24–25 PflegeKG).

Die Standesaufsicht dient der Einhaltung der Berufsregeln (das bedeutet Berufsordnungen). Hierfür wird eine Gerichtsbarkeit benötigt, um Pflichtverletzungen zu ahnden. Durch die Kammergesetze werden die neu geschaffenen Pflegekammern folglich ebenso befähigt, die Berufsgerichtsbarkeit unter Berücksichtigung allgemeiner Bestimmungen des Landesgesetzgebers (unter anderem Vorgaben zur Gerichtsfassung, zu

Verfahrensregelungen und Rechtsmitteln) zu regeln (vergleiche HeilBG Teil 4; § 26 PflegeKG). Mit der Standesaufsicht geht ebenso einher, dass Personen, die den Pflegeberuf in den drei Bundesländern mit Pflegekammern ausüben, dies der Kammer mitzuteilen haben, damit die Kammer ein Verzeichnis der Berufsmitglieder führen kann (vergleiche § 1, § 4 HeilBG; § 7 PBKG; § 5 PflegeKG).

Standesförderung

Mit Standesförderung sind Binnenfunktionen gemeint, wie die Entwicklung des Berufsverständnisses und hier insbesondere die Ausformulierung der Wege und Ziele von Fort- und Weiterbildung (Martini 2014). Die drei bisher existierenden Kammergesetzgebungen überführen dann auch die bisher durch Landesrecht ausgestalteten Weiterbildungsverordnungen in den Regelungsbereich der neuen Pflegekammern. Diese werden ermächtigt, im vorgegebenen Rahmen Weiterbildungsordnungen zu erlassen, Weiterbildungsstätten zuzulassen und das Führen des Weiterbildungstitels sowie die Anerkennung von Titeln zu regeln, die nicht im Bundesland erworben wurden (vergleiche §§ 47–50 HeilBG; PBKG Abschnitt 4; PflegeKG Fünfter Teil).

Standesvertretung

In der fachöffentlichen Wahrnehmung hat die Standesvertretung, das bedeutet die Interessenvertretung als Funktion der Pflegekammer, ein hohes Gewicht. Ihre Grenzen werden jedoch durch den Diskurs um die verfassungsmäßige Zulässigkeit von Pflegekammern deutlich. Diese wird von verschiedenen juristischen Gutachtern und Autoren grundsätzlich bejaht (Igl 2008; Martini 2014; Plantholz 1994; Roßbruch 2001; Schulz-Koffka und Deter 2012; Seewald 1998). Im Kern der juristischen Betrachtungen und Bewertungen steht dabei

- die Frage, ob eine aus der Pflichtmitgliedschaft resultierende Einschränkung der Vereinigungsfreiheit (Artikel 9 Absatz 1 GG) und Berufsfreiheit (Artikel 12 Absatz 1 GG) der Kammermitglieder verfassungsrechtlich möglich ist,
- die Frage, ob eine Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit (Artikel 2 Absatz 1 GG) sowie der Koalitionsfreiheit Dritter (Artikel 9 Absatz 1 GG) (maßgeblich der Berufsverbände und Gewerkschaften) durch die Verfassung gedeckt wäre.

Bejaht wird dies, soweit mit der Errichtung der Kammer „legitime öffentliche Aufgaben“ im Sinne des Allgemeinwohlbelangs wahrgenommen werden. Dies umfasst nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts Aufgaben, „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]).

Eingriffe in die jeweiligen Grundrechte sowohl der Mitglieder als auch Dritter sind im Sinne des Verfassungsrechts im Hinblick auf ihre Erforderlichkeit und ihre Verhältnismäßigkeit zu bewerten. Martini (2014) führt dazu unter anderem aus, dass die Einschränkung der Vereinigungsfreiheit der Mitglieder einer Berufsgruppe als erforderlich bewertet werden kann, wenn der Gesetzgeber eine umfassende Interessenrepräsentation aller in dieser Gruppe beruflich Tätigen erreichen möchte. Insbesondere vor dem Hintergrund des derzeit geringen Organisationsgrads der Pflegekräfte in freiwilligen Berufsverbänden stehe es dem Gesetzgeber frei, eine solche umfassende Interessenrepräsentation höher zu gewichten als eine mögliche private Selbstorganisation in Berufsverbänden. Gleichzeitig weist Martini (2014) aber auf die Problematik hin, dass durch die Errichtung von Pflegekammern gegebenenfalls die verfassungsrechtlich geschützte Vereinigungsfreiheit – hier also in Berufsverbänden – rechtlich beeinträchtigt werden könnte.

Anders als bei den Gewerkschaften – hier sieht er keine Konkurrenz der Tätigkeits- und Aufgabenbereiche – drohen Pflegekammern, den Entfaltungsraum von Berufsverbänden auszuhöhlen. Soweit der Kammer jedoch lediglich Aufgabenbereiche zugewiesen würden, deren Ziele sich nur durch die Einbindung aller Pflegekräfte erreichen ließen, habe der Gesetzgeber im Sinne des Allgemeinwohls einen entsprechenden Gestaltungsspielraum.

Roßbruch (2001) weist aber auch darauf hin, dass die Wahrnehmung einer „legitimen öffentlichen Aufgabe“ nicht auf die Übernahme von ansonsten staatlichen Aufgaben beschränkt sei, sondern dass das Bundesverfassungsgericht hierunter ausdrücklich

auch die Förderung der beruflichen Interessen der Mitglieder der verkammerten Berufsgruppe versteht. Jedoch seien die Funktionen der Kammer klar zu umreißen, sodass „ein spezielles, auf das Berufsbild bezogenes“, aber kein sogenanntes „allgemeinpolitisches Mandat“ legitimiert sei (Roßbruch 2001: 4).

Gleichzeitig finden sich aber auch kritische Stimmen: Bauckhage-Hoffer (2014) hebt im Sinne des BVerfG noch einmal hervor, dass an der Erfüllung der legitimen öffentlichen Aufgaben ein gesteigertes öffentliches Gemeinschaftsinteresse bestehen müsse. Ansonsten rücke eine Kammer schnell in die Nähe einer „freiwilligen Vereinigung, die allein deshalb besteht, um eine Aufgabe zu erfüllen, an der lediglich ein privates Interesse ihrer Mitglieder besteht“ (Bauckhage-Hoffer 2014: 110). Da einer Pflegekammer aber keine originären Aufgaben zugewiesen werden könnten, die heute nicht bereits durch andere staatliche Stellen wahrgenommen werden, sei nach Bauckhage-Hoffer auch die Verfassungsmäßigkeit einer solchen Kammer infrage gestellt.

Der Interessenvertretung, das bedeutet der Standesvertretung, sind folglich Grenzen gesetzt. Die Pflegekammergesetze in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen schreiben den jeweiligen Kammern die Beratung des Gesetzgebers, der Behörden und weiterer Dritter zu, etwa durch Stellungnahmen bei Gesetzes- und Verordnungsentwürfen und anderen Fragen mit Bezug zur Berufsausübung. Das Schleswig-Holsteinische PBKG gibt darüber hinaus vor, dass sich die Pflegeberufekammer „für eine langfristige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und damit auch der Pflegesituation aller Bürgerinnen und Bürger ein[setzt]“ (§ 3 PBKG).

Die Landespflegekammern können sich analog zur BÄK zu einer Arbeitsgemeinschaft, das bedeutet zu einer Dachorganisation der pflegerischen beruflichen Selbstverwaltung zusammenschließen und ihre Tätigkeiten auf diese Weise abstimmen und bündeln. Mit Blick auf die gesetzlich ausformulierten Aufgaben von Landespflegekammern kann die Bundespflegekammer damit analog zur BÄK beispielsweise durch den Erlass einer (Muster-)Berufsordnung und (Muster-)Weiterbildungsordnung landesrechtliche Regelungen zur Berufsausübung harmonisieren. Auf die Standesvertretung (das bedeutet die Interessenvertretung) durch eine Bundespflegekammer wird im Folgenden ausführlicher

eingegangen. Unterschieden wird dabei eine Interessenvertretung, die sich auf die formale Einbindung der Berufsgruppe in das korporatistische Gesundheitswesen bezieht und eine solche, die den Einfluss auf politische und weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse meint.

Interessenvertretung durch eine Bundespflegekammer

Blickt man zuerst auf die (zukünftig potenzielle) Einbindung einer Bundespflegekammer in die Gremien der Selbstverwaltung, das bedeutet das korporatistische Gesundheitswesen, und nimmt sich als Blaupause die BÄK, so ergibt sich folgendes Bild: Eine unmittelbare Richtlinienkompetenz wurde der BÄK vom Bundesgesetzgeber nur punktuell im Rahmen des Transfusionsgesetzes (§ 12a TFG) und des Transplantationsgesetzes (§ 16 TPG) übertragen. Ferner ist die BÄK in die Vereinbarung zur Ausgestaltung des Medikationsplans § 31a SGB X einzubeziehen.

Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem zentralen Entscheidungsgremium bei der Festlegung von Richtlinien (untergesetzlichen Normen) im deutschen Gesundheitswesen, sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der Krankenkassen, aber nicht die Bundesärztekammer. Bei Beschlüssen, die die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe (also der BÄK usw.) auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 91 Absatz 5 SGB V). Zu beteiligen ist die BÄK an Beschlüssen im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 136 SGB V), zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V) und zu den Inhalten der durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu entwickelnden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität (§ 137a SGB V). Bei weiteren Regelungen wie beispielsweise dem Bundesmantelvertrag oder dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist der Bundesärztekammer vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Bundesärztekammer ist folglich als Interessenvertreter eingebunden in die Ausgestaltung untergesetzlicher Vorgaben; die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung – ebenfalls Interessenvertreter zumindest einer Teilgruppe von Ärzten – als stimmberechtigtes Mitglied des G-BA sind jedoch weitaus bedeutender.

Gleichwohl sind bereits heute die Berufsorganisationen der Pflegeberufe in Form des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) als Interessenvertretung der Pflege zumindest mit Blick auf die Qualitätssicherung (§ 136 SGB V, § 136b SGB V, § 137a SGB V) analog zur BÄK eingebunden. Auch im Kontext der Pflegeversicherung – das bedeutet im SGB XI – besitzt der DPR Beteiligungsrechte: Dies umfasst das Recht auf Beteiligung bei der Ausgestaltung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI), bei den Richtlinien über die Prüfung und die Veröffentlichung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen (§ 114a Absatz 7 SGB XI; § 115 Absatz 1a SGB XI) sowie die Entwicklung von Expertenstandards (§ 113a SGB XI). Zumindest angehört werden müssen die Berufsverbände auf Bundesebene bei der Festlegung der Richtlinien der Pflegekassen zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 SGB XI. Auch bei der Erstellung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses sind die Verbände anzuhören (§ 78 Absatz 2 SGB XI).

Ein generelles Anrecht zur Stellungnahme im G-BA – analog zur Ärzteschaft –, wenn berufliche Belange berührt sind, ist der Berufsgruppe der Pflege jedoch nicht gegeben. Konkret haben die Verbände der Pflegeberufe aber bei der Ausformulierung der Richtlinie zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde das Recht auf Stellungnahme erhalten (§ 63 Absatz 3c SGB V). Bei der G-BA-Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) und den damit verbundenen Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und den maßgeblichen Spitzenorganisationen von Pflegediensten auf Bundesebene ist hingegen nur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben – nicht den Verbänden der Pflegeberufe.

Die Pflege besitzt also bereits heute Beratungsrechte im G-BA – dem zentralen Gremium des deutschen korporatistischen Gesundheitswesens. Die Rechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe mögen nicht so ausgeprägt sein wie die der BÄK, aber auch diese ist kein stimmberechtigtes Mitglied und besitzt ausschließlich Beteiligungs- und

Anhörungsrechte. In der Gesamtschau sollen die Ausführungen veranschaulichen, dass die Schaffung einer Bundespflegekammer nicht gleichzusetzen ist mit mehr Mitbestimmung. Die Schlagkraft einer Interessenvertretung im Sinne einer institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe in das korporatistische Gesundheitssystem ist vielmehr durch zwei Aspekte beeinflusst. Dies ist erstens die Frage, ob der Gesetzgeber der Bundespflegekammer mehr Mitbestimmungsrechte als heute gewährt, und zweitens die Frage, ob die Bundespflegekammer berufsinterne Meinungsbildung und Positionierungen besser organisieren könnte als der DPR (das bedeutet die Verbände der Pflegeberufe) heute. Da eine Ausweitung der Mitbestimmungsrechte auch ohne die Existenz einer Bundespflegekammer möglich wäre, hängt Ersteres nur indirekt mit der Gründung einer Bundespflegekammer zusammen.

Die Bundespflegekammer könnte mit Blick auf die zweite Frage jedoch bewirken, dass die Berufsgruppe Pflege im korporatistischen Gesundheitssystem besser Gehör findet. Zum einen durch Bündelung der Aktivitäten, zum anderen – dies ist ein ganz wesentlicher Aspekt – sicherlich auch, da dann über Mitgliedsbeiträge professionelle Strukturen für die politische Interessenvertretung aufgebaut werden können. Inwieweit dies jedoch gelingt, solange nicht in allen (oder zumindest nicht in einer großen Mehrheit) der Bundesländer Pflegekammern errichtet sind, bleibt abzuwarten. Eine Bundespflegekammer als Dachorganisation von 16 Landespflegekammern wäre als Akteur auf Bundesebene legitimiert, alle Pflegekräfte zu repräsentieren – denn dann wären tatsächlich alle Pflegekräfte verpflichtend in die berufliche Vertretung eingebunden. Für die Beurteilung der Wirkung einer Bundespflegekammer bleibt folglich erst einmal abzuwarten, wie sich die Gründung von Landespflegekammern weiterentwickelt. Bleibt es bei drei Ländern und schließen sich allein diese mit dem DPR als „Vertreter aller beruflich Pflegenden aus den Bundesländern, welche noch keine Pflegekammern gegründet haben“ (siehe www.bundespflegekammer.de/index.php/startseite.html), unter dem Namen „Bundespflegekammer“ zusammen, so wäre dies sehr nah am Status quo – allein mit neuem Etikett.

Wie eingangs differenziert, ist neben der institutionalisierten Einbindung der Berufsgruppe als Interessenvertretung auch die (potenzielle) allgemeinpolitische Einflussnahme

einer Bundespflegekammer zu bewerten. So wirkt die Bundesärztekammer nach eigener Einschätzung beispielsweise auch „aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik“ (www.bundesaeztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/).

Zur Einordnung muss hervorgehoben werden, dass die Diskussion um die Einführung von Pflegekammern sehr stark die Interessenvertretung der Pflege fokussiert und die mit einer Kammer assoziierte Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Aufwertung des Berufs. Exemplarisch hierfür 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 Berufsstands 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), und ob sie den einzelnen Mitgliedern einen Vorteil böte oder allein für Pflichtbeiträge stehe (Info GmbH 2014; Infratest dimap 2013; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013a; TNS Infratest Sozialforschung GmbH 2013b). Dass an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege „ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft“ (im Sinne des BVerfG, siehe oben) besteht, wird weder von den Befürwortern noch von den Gegnern der Pflegekammer infrage gestellt, sondern mit Hinweisen auf den demografischen Wandel und den damit verbundenen prognostizierten Fachkräftemangel untermauert. Oder anders: Im deutschen Diskurs wird die Durchsetzung der Interessen des Pflegeberufs gleichgesetzt mit gesamtgesellschaftlichen Interessen. Es ist wichtig, sich dies vor Augen zu führen, denn auch wenn dies im Moment plausibel erscheint, mag sich dies perspektivisch ändern. Schaut man beispielsweise auf England, so zeigt sich, dass auch dort in den 1970er-Jahren, in Verbindung mit dem damals als defizitär bewerteten Ausbildungssystem, die berufliche Selbstverwaltung der Pflegekräfte eher als Mittel zum Zweck erheblich gestärkt wurde. Seither hat der Gesetzgeber jedoch die vormaligen Selbstverwaltungsstrukturen sowohl der dort existierenden Pflegekammer als auch die der

Ärzttekammer einem kontinuierlichen Wandel unterzogen und letztlich administrativen Organen angenähert, die einer Aufsicht ähneln (Schwinger 2016b). Bestrebung des Gesetzgebers war es, die berufliche Selbstverwaltung so zu gestalten, dass diese tatsächlich im Sinne des Allgemeinwohls agiert („to put public protection as its paramount purpose“). Anders als in Deutschland fand die Diskussion um die Ausgestaltung der Regulierung von ärztlichen wie auch von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen in Großbritannien auf einer breiten gesellschaftlichen Basis statt und ist bis heute nicht abgerissen. In diesem Umfeld wurde eine ganze Reihe von Untersuchungen über die Strukturen und Prozesse der beruflichen Selbstverwaltung durchgeführt. Kritisch diskutiert werden immer wieder Fragen nach der Verschlankung und Professionalisierung der Verwaltungsstrukturen sowie nach der Kosteneffizienz einer solchen Form der Regulierung (Schwinger 2016b).

Zusammenfassung und Fazit

Die Bundespflegekammer wird häufig gleichgesetzt mit einer verbesserten Interessenvertretung der Pflege und damit eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden assoziiert. Zwischen den legitimierten Aufgaben von Pflegekammern und der öffentlichen Wahrnehmung besteht jedoch eine Diskrepanz: Erst einmal hat der Gesetzgeber auf Bundesebene gar keine Regelungskompetenz für die Schaffung einer Bundespflegekammer. Allein die Landespflegekammern können eine solche als freiwillige privatrechtliche Arbeitsgemeinschaft gründen, mit dem Ziel, ihre Tätigkeiten abzustimmen. Mit Blick auf die gesetzlich ausformulierten Aufgaben von Landespflegekammern lägen die zentralen Aufgaben einer Bundespflegekammer bei der Gestaltung beziehungsweise der Harmonisierung des Berufsrechtes und der Fort- und Weiterbildung (beispielsweise analog zur Bundesärztekammer durch eine [Muster-]Berufsordnung und [Muster-]Weiterbildungsordnung). Gleichwohl sind diese Aspekte aufgrund der Betonung der Interessenvertretung in der öffentlichen Wahrnehmung wenig präsent. Das ist schade, denn dadurch wird die Chance vergeben, Fragen beispielsweise nach Aufwand und Nutzen einer durch die Berufsgruppe administrierten Berufsaufsicht zu bewerten (Schwinger 2016a). Ebenso wird der aus Blick einer beruflichen beziehungsweise pflegfachlichen Sicht äußerst wertvolle Einflussrahmen auf die Weiterentwicklung des Berufsbildes Pflege selten gewürdigt. Die heute als unübersichtlich oder

auch als inkonsistent beschriebene Fort- und Weiterbildungslandschaft könnte hierdurch ordnende und vereinheitlichende Impulse erhalten; dies gilt mit Blick auf eine bessere Einordnung von Qualifikationen, mit Blick auf Qualitätsstandards, aber auch mit Blick auf die Bedarfsorientierung (vergleiche zum Status quo unter anderem Bräutigam et al. 2013).

Letztlich besteht aber auch mit Blick auf die Interessenvertretung eine Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und sich potenziell abzeichnenden Handlungsspielräumen. Zu unterscheiden ist erst einmal zwischen der formalen Einbindung der Berufsgruppe in das korporatistische Gesundheitswesen auf der einen und dem Einfluss auf politische und weitere gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse auf der anderen Seite. Es wurde ausgeführt, in welcher Art die Berufsverbände der Pflege in Form des DPR bereits heute Beratungs- und Anhörungsrechte im G-BA beziehungsweise im Kontext der Pflegeversicherung besitzen. Veranschaulicht wurde auch, dass die Schaffung einer Bundespflegekammer nicht automatisch gleichzusetzen ist mit mehr Mitbestimmung der Pflege. Mehr Mitbestimmungsrechte wären durchaus auch ohne die Existenz einer Pflegekammer denkbar. Eine Bundespflegekammer – nicht als neues Etikett, sondern tatsächlich als Dachorganisation von Landespflegekammern aller (oder zumindest einer großen Mehrheit der) Bundesländer – hätte die Möglichkeit, professionelle Strukturen für die politische Interessenvertretung aufzubauen. Dieser Aspekt ist nicht zu unterschätzen, wenn es darum geht, im deutschen Gesundheitswesen auf Augenhöhe mitzuwirken.

Mit Blick auf eine allgemeine Interessenvertretung wird Berufskammern grundsätzlich auch ein allgemeinpolitisches Mandat zugesprochen, legitimiert sind Kammern jedoch nur deshalb – und nur dann –, wenn sie Aufgaben im Sinne der Allgemeinheit wahrnehmen. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht kann nicht daran gelegen sein, Körperschaften zu schaffen, die im Eigeninteresse der Berufsgruppe agieren. Anders als bei der Ärzteschaft, deren Dominanz im Gesundheitswesen durchaus auch kritisch gesehen wird (Döhler 1997; SVR Gesundheit 2007), werden die Interessen des Pflegeberufs gleichgestellt mit den Interessen der Allgemeinheit. Dies mag in der heutigen Zeit angemessen sein, dennoch gilt es zu hinterfragen, ob verbesserte Arbeitsbedingungen – soweit

gesamtgesellschaftlich gewollt – nicht durch andere gesetzliche Maßnahmen zu sichern sind. Insofern ist es zu begrüßen, dass der Koalitionsvertrag eine bessere Vergütung, bessere Personalschlüssel und weitere Maßnahmen wie etwa eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten ankündigt.

Die Gründung einer Bundespflegekammer als Dachorganisation von Landespflegekammern liegt auf der Hand. Die Harmonisierung von landeseigenen Pflegeberufsordnungen und insbesondere von Weiterbildungstiteln bietet sich an und wäre zu begrüßen; die Abstimmung der Interessenvertretung liegt ebenso auf der Hand, auch deshalb, da das Gesundheits- und Pflegesystem maßgeblich durch den Bundesgesetzgeber gestaltet wird.

Die Erwartungen an eine Interessenvertretung durch eine Bundespflegekammer sind jedoch sehr hoch. Über Mitgliedsbeiträge finanzierte professionelle Interessenvertretungsstrukturen sind sicherlich ein entscheidender Vorteil einer Bundespflegekammer. Gleichwohl darf nicht übersehen werden, dass die faktische Mitgestaltung im korporatistischen Gesundheitswesen auf Bundesebene bereits heute im begrenzten Maße gegeben ist und durch eine Bundespflegekammer erst einmal nicht automatisch ausgeweitet werden würde. Der Bundesgesetzgeber müsste hier handeln und der Bundespflegekammer weiterreichende Kompetenzen im G-BA zugestehen. Maßgeblich wird folglich sein, ob und wie schnell eine Reihe weiterer Bundesländer in Sachen Pflegekammer nachziehen.

Literatur

- Bauckhage-Hoffer, F. (2014): Aktuelle Statements der Pflegekammerbefürworter – Polemik statt Argumente. *Gesundheit und Pflege*. S. 105–111.
- Böge, W. (2010): *Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern im Europäischen Kartellrecht – Europäische Hochschulschriften – Reihe II: Rechtswissenschaft*. Frankfurt am Main.
- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J. (2013): *Berufsbilder im Gesundheitssektor – Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik*. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

- Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main und New York.
- Igl, G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. München.
- Igl, G. (2013): Gesundheitsberuferecht: Überblick – rechtliche Rahmen- und Funktionsbedingungen. In: RBS (Hrsg.) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln - Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart. S. 235–422.
- Info GmbH (2014): Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg - Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Online unter www.hamburg.de/contentblob/4272292/data/abschlussbericht-befragung.pdf (Download am 3. Mai 2015).
- Infratest dimap (2013): 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 (Download am 5. März 2015).
- Martini, M. (2014): Die Pflegekammer – verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. Berlin.
- Niedersächsischer Landtag (2017): Drucksache 17/5110: Entwurf eines Gesetzes über die Pflegekammer Niedersachsen. http://www.nilas.niedersachsen.de/starweb/NILAS/servlet.starweb?path=NILAS/LISSH_BERAT_FL.web&search=WP=17+AND+DART=%2D%22+AND+DNR=%225110%22 (Download am 8. August 2018).
- Plantholz, M. (1994): Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrage der Bündnis 90/Die Grünen (AL) / UFV – Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin.
- Roßbruch, R. (2001): Sind Pflegekammern verfassungsrechtlich zulässig und berufspolitisch notwendig? Sieben Thesen zur rechtlichen und berufspolitischen Begründung der Errichtung von Pflegekammern. *PflegeRecht* 1. S. 2–16.

- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Amsbeck, H. (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen; LebensWerte Kommune | Ausgabe 4 2016. www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Policy_LebensWK_4_2016_final.pdf (Download am 20. Juni 2018).
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (2018): Drucksache 18/2569: Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege. <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/2500/drucksache-18-2569.pdf> (Download am 8. August 2018).
- Schulz-Koffka, G., Deter, E. (2012): 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 (Download am 5. März 2015).
- Schwinger, A. (2016a): Die Pflegekammer: Eine Interessensvertretung für die Pflege? In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, K., Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart.
- Schwinger, A. (2016b): Zum Wohle der Gesellschaft? Ein internationaler Vergleich von Ausgestaltung und Wirkung der berufsständischen Selbstverwaltung von Pflegekräften. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00105715-13> (Download am 1. Mai 2017).
- Seewald, O. (1998): Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern, 13. Mai 2012. Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V.: München.
- SVR Gesundheit (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden.
- SVR Gesundheit (2012): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Baden-Baden.

- TNS Infratest Sozialforschung GmbH (2013a): Bayerische Pflegekräftebefragung: Abschlussbericht November 2013. Durchgeführt im Auftrag der Hochschule München. Online unter 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 (Download am 5. März 2015).
- TNS Infratest Sozialforschung GmbH (2013b): Meinungsumfrage zur Errichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein: Abschlussbericht Oktober 2013. www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/Gesundheit/Pflegekammer/abschlussbericht_?blob=publicationFile.pdf (Download am 5. März 2015).