Argumente und Fakten

zur Diskussion über die Einführung einer Pflegekammer in Bayern

Gesundheit, Soziale Dienste
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Bayern

Impressum
Dies ist eine Veröffentlichung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft,
ver.di-Landesbezirk Bayern
Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen
Schwanthalerstr. 64, 80336 München
V.i.S.d.P.: Dominik Schirmer
Redaktion: Gerd Dielmann, Irene Gölz und Dominik Schirmer
Titelfoto: Stephanie Hofschläger / pixelio.de
Herstellung: freeStyle grafik + unidruck, Hannover

Mai 2011

Gesundheit, Soziale Dienste
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Bayern

Inhalt

Vorwort 4

1. Brauchen wir eine Pflegekammer in Bayern? 5

1.1. Behauptung: Eine Kammer ist notwendiges Merkmal einer »Profession« 5

1.2. Behauptung: Ansehen und Wertschätzung von Berufen steigen, wenn sie eine Kammer haben 6

1.3. Behauptung: Die Pflegeberufe werden mit »einer Stimme« sprechen 7

1.4. Behauptung: Kammern bieten Schutz vor unsachgemäßer Pflege und sichern die Qualität 8

1.5. Kammern regeln die Aus-, Fort- und Weiterbildung 8

1.6. Ausübung des Disziplinarrechts und Qualitätssicherung 9

1.7. Geplante Kammerregelung in Bayern 10

2. Herausforderungen – Maßnahmen – Verantwortungen 12

2.1. Einkommen 12

2.2. Arbeitsbedingungen 13

2.3. Arbeitszeit 14

3. Zusammenfassung 16

Literaturverzeichnis 18

Internetquellen 19

Vorwort

Die Wertschätzung für die Pflegeberufe wächst. Aber wir sind gut beraten, aufzupassen, dass diese Wertschätzung nicht in reiner politischer Symbolik endet, sondern, dass in der Tat die Maßnahmen ergriffen werden, die die Ausübung des Pflegeberufes konkret unterstützt und echt anerkennt. Über wirkungsvolle Maßnahmen jenseits reiner politischer Rhetorik und Symbolpolitik wird es auch gelingen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und damit die nötigen Fachkräfte zu gewinnen.

Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di organisiert in Bayern ca. 20.000 Pflegekräfte und ist damit die größte Interessenvertretung dieser Berufsgruppe im Freistaat.

Mit unserem Reader zur Pflegekammer wollen wir uns mit der Fragestellung beschäftigen, inwieweit eine Pflegekammer dazu beitragen kann, dass die sinnvollen und nötigen Schritte gegangen werden.

Dazu sehen wir uns an den entscheidenden Herausforderungen wie Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und des Verdienstes an, welche Maßnahmen getroffen werden müssten, wer welche Verantwortung hat und was eine Pflegekammer leisten könnte.

Unsere Sorge ist, dass sich in den nächsten Monaten Abgeordnete und andere wichtige Entscheidungsträger sowie die öffentliche Diskussion in Bayern nur auf die Einrichtung einer Pflegekammer fokussieren bzw. beschränken, dadurch in Symbolpolitik verharren und keine echten Verbesserungen erreicht werden.

Aber echte Verbesserungen brauchen wir nicht nur im Interesse der Pflegekräfte, sondern auch im Interesse der zu Pflegenden. Gute Pflege ist unmittelbar abhängig von guter Arbeit in der Pflege.

Gute Arbeit ist nicht nur eine Sache des Wollens, sondern auch des Könnens. Das »Können« wird geprägt durch die Struktur- und Prozessqualität.

Das bedeutet, für eine gute Pflege (Ergebnisqualität) sind entsprechende Maßnahmen zu ergreifen bzw. Antworten auf folgende Fragen zu geben:

- Wie viel Personal steht zur Verfügung?
- Wie gut sind die Beschäftigten ausgebildet?
- Wie sieht die Fachkraftquote aus?
- Welche Arbeitsbedingungen herrschen vor?
- Unter welchen Arbeitszeitregelungen muss die Pflege geleistet werden?
- Wie wird die geleistete Arbeit honoriert?
- Wie ist das Betriebsklima?

Gute Arbeit basiert auch auf den Partizipationsansprüchen der Beschäftigten und ihren Teilhaberechten in Sachen Arbeitsgestaltung.

Wir müssen die Pflegekräfte nachhaltig unterstützen. Denn sie sind mit Arbeits- und Entlohnungsbedingungen konfrontiert, die die Ausübung dieses gesellschaftlich und sozial wichtigen Berufes erschweren und zunehmend unattraktiv machen.

Die Pflegeberufe müssen aber für junge Menschen, die vor der Berufswahl stehen und von allen Branchen umworben werden, in wichtigen Dimensionen wie Arbeits- und Einkommensbedingungen attraktiv sein, damit sie sich dafür entscheiden. Wir sind uns hierbei sicher: Eine Pflegekammer trägt zur Lösung dieser Anforderungen nichts bei.

Dominik Schirmer,
Landesfachbereichsleiter
Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen

1. Brauchen wir eine Pflegekammer in Bayern?

Die bayerische Landesregierung treibt die Einrichtung einer Pflegekammer voran. »Wir wollen eine Pflegekammer einrichten – ein Pflegeparlament, das über die Belange der Pflegekräfte entscheidet und diese mit einer Stimme vertritt« (merkur-online, 29.01.2011). Der Pflegeberuf werde aufgewertet und qualitativ weiterentwickelt. Die Kammer solle verbindliche Qualitätsstandards festlegen. »Es ist die größte ideelle Aufwertung, die die Pflegekräfte erhalten können«, so Gesundheitsminister Söder in der Süddeutschen Zeitung vom 28.01.2011.

Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist beabsichtigt, eine öffentlich-rechtlich verfasste Berufsvertretungskörperschaft einzurichten, welche die Aufgaben der Standesvertretung, der Standesförderung und der Standesaufsicht in Selbstverwaltung anstelle staatlicher Behörden wahrnimmt (Gesetzesentwurf zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes – Stand: 07.03.2011).

In der seit über 20 Jahren geführten berufsständischen Diskussion um die Einrichtung von Pflegekammern werden von den Befürwortern im Wesentlichen folgende Gründe angeführt:

Pflegekammern seien notwendig zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Sie dienten dazu, das Ansehen zu heben und die Wertschätzung des Berufsstands zu erhöhen. Durch die Einrichtung von Kammern würde die Zersplitterung der Pflegeberufe in zahlreiche Verbände und Organisationen aufgehoben. Die Pflegeberufe sollten »mit einer Stimme« sprechen. Nicht zuletzt diene die Kammer der Selbstbestimmung des Berufsstandes.[1]

In jüngeren Veröffentlichungen wird die Verantwortung der Kammern für den Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege und die Regelung der Berufsausübung zur Qualitätssicherung betont.[2] Die Garantie einer »sicheren Pflege«, ihre Zuständigkeit für Regelungen der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung werden hervorgehoben sowie die Bedeutung des durch die Kammern auszuübenden Disziplinarrechts.[3]

1.1. Behauptung: Eine Kammer ist notwendiges Merkmal einer »Profession«

Die ganze Kammerdiskussion hat ihren Ursprung weniger in einem gesellschaftlichen Bedarf an Pflegekammern, sondern ist vielmehr im – durchaus legitimen – Bemühen der Berufsstände zu sehen, sich zu professionalisieren. Dabei gibt es allerdings eine ziemliche Begriffsverwirrung, weil kaum jemand sagt was er/sie unter »Professionalisierung« versteht und wer genau sich denn professionalisieren solle.

Geht es darum, die Laienpflege zu professionalisieren, im Sinne von »verberuflichen«? Soll der gesamte Berufsstand derer, die beruflich pflegen, also Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen und Altenpfleger/-innen, um nur die Kernberufe des Berufsstands zu nennen, diesem Prozess unterzogen werden? Oder geht es um die Lehrerinnen und Lehrer für Pflege, die Pflegewissenschaftler/-innen, die Pflegeexpertinnen und -experten sowie die Pflegemanager/-innen, die ja gerade erst mit dem Akademisierungsprozess, einer Voraussetzung zur »Profession« im soziologischen Sinne zu werden, begonnen haben?

Schon das erste und bedeutendste Professionalisierungsmerkmal, die universitäre Ausbildung, wird schwerlich von allen, die Pflege beruflich ausüben, erreicht werden können. Nicht etwa nur weil es an den entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten oder den schulischen

1 vgl. hierzu u.a.: Schwochert (1994), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [Hrsg.] (1995) und Kellnhauser (1990).
2 Pflegekammer, Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V. (Hrsg.) 2008.
3 ebenda

Voraussetzungen fehlte, sondern vor allem, weil sich diese Gesellschaft auf absehbare Zeit kaum ausschließlich akademisch qualifizierte Pflegekräfte wird leisten können und wollen.

Wenn aber nur eine kleine Elite dieses Ziel erreichen kann, so dient dies nicht der »Professionalisierung« des gesamten Berufsstandes. Es kann aber aus unserer Sicht nicht darum gehen, eine kleine akademische Elite heranzubilden, die dann die »Pflege« vertritt. Es geht darum, das Qualifikationsniveau aller, die Pflege beruflich ausüben, weitmöglichst zu verbessern.

Professionalisierung im Sinne von Verberuflichung von ehrenamtlicher und laienhaft ausgeübter Pflege mag über das heute schon gegebene Maß hinaus durchaus sinnvoll sein. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflege gegen Entgelt, sei es in Institutionen oder im häuslichen Bereich, ausgeübt wird. Vor allem im Bereich der stationären Altenhilfe und der gewerblich ausgeübten ambulanten Pflege besteht noch erheblicher Qualifizierungsbedarf. Hier die Situation zu verbessern, bedarf es des gesellschaftlichen Willens, auch die Kosten dafür zu tragen. Dieser gesellschaftliche Wille kann durch eine berufsständische Kammer nicht ersetzt werden.

Im Bayerischen Gesetzesentwurf zur Reform des Heilberufe-Kammergesetzes und seiner Begründung spielt das Thema Professionalisierung allerdings keine Rolle.

1.2. Behauptung: Ansehen und Wertschätzung von Berufen steigen, wenn sie eine Kammer haben

Das gesellschaftliche Ansehen eines Berufs hängt nicht zuletzt von seiner Qualifikation und seiner Vergütung ab sowie von der Bedeutung, die der erbrachten Dienstleistung für die Gesellschaft beigemessen wird.

Das hohe Ansehen des ärztlichen Berufsstands in der Bevölkerung ist nicht darin begründet, dass es 17 Ärztekammern gibt. Hier spielen Hochschulausbildung, das weitgehend vorbehaltene Recht zur Ausübung der Heilkunde und das vergleichsweise hohe Einkommen die entscheidende Rolle.

Die Pflegeberufe genießen durchaus auch ein beachtliches Ansehen in der Bevölkerung. Die Einkommenssituation bedarf jedoch insbesondere in den nicht tarifgebundenen Bereichen einer deutlichen Verbesserung. Das gilt vor allem für die ambulanten Pflegedienste, aber auch die stationäre Altenhilfe, besonders in privater Trägerschaft. Aber auch im Rehabereich, der Psychiatrie und in vielen Akutkrankenhäusern sind hier noch Verbesserungen notwendig und realisierbar. In unserem Gesellschaftssystem ist dies jedoch nicht Aufgabe von Kammern, sondern von Gewerkschaften, von deren Organisationsgrad und Kampfstärke es abhängt, wie die Arbeitskraft entlohnt wird.

Auch bei den niedergelassenen Ärzten zählen Vergütungsfragen nicht zu den Aufgaben der Kammern, sondern sie werden von den kassenärztlichen Vereinigungen bzw. bei Selektivverträgen mit Verbänden wie dem bayerischen Hausärzteverband mit den Krankenkassen ausgehandelt.

Dabei setzt der Staat die Rahmenbedingungen. Tarifflucht und Lohndumping vermögen Kammern nicht zu verhindern. Ein hoher Kammerbeitrag mag jedoch Erwartungen wecken, dass sich Kammern auch für eine angemessene Vergütung und ordentliche Arbeitsbedingungen der angestellten Pflegekräfte einsetzen, womit sie jedoch völlig überfordert sind.

Am Beispiel der Psychologischen Psychotherapeuten sieht man, dass die Kammer trotz guten Willens nicht in der Lage ist, an der Ausbeutungssituation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) etwas zu ändern.

Kontraproduktiv wird der Kammergedanke, wenn Berufsangehörige angesichts des Pflichtbeitrags auf Mitgliedschaft und Engagement in Berufsverbänden und Gewerkschaften verzich-

ten, was sich in der Folge früher oder später auch auf ihre Einkommenssituation auswirken wird.

1.3. Behauptung: Die Pflegeberufe werden mit »einer Stimme« sprechen

Die vorhandene organisatorische Zersplitterung der Pflegeberufe in zahllose Berufs- und Fachverbände, Schwesternschaften und Gewerkschaften hat historische Gründe. Sie lässt sich nicht durch eine Zwangskörperschaft, wie eine Pflegekammer sie darstellen würde, aufheben, sondern sie wird sich vielmehr in der Zusammensetzung der Kammer widerspiegeln.

Unterschiedliche Interessen und weltanschauliche Positionen werden nach wie vor existieren und auch dort nur im Wege des Diskurses vereinheitlicht werden können. Als Gewerkschafter könnten wir die Einrichtung von Pflegekammern ganz gelassen sehen, denn wir stellen schon seit vielen Jahren die mit Abstand größte Gruppe der organisierten Pflegekräfte und wir hätten gute Chancen in diesen Kammern – im Unterschied zu den Kammern der akademischen Berufe und Freiberufler – auch einen hohen Anteil der Kammersitze zu erreichen.

Kammern sind historisch gesehen ständische Organisationen von Freiberuflern und Selbstständigen, die ihre Interessen mangels Arbeitnehmereigenschaft nicht in Gewerkschaften vertreten und realisieren können.

Trotz der grundsätzlich bestehenden Möglichkeit der Niederlassung von Pflegekräften, wird nicht die freiberuflich tätige Pflegekraft das Bild des Marktes prägen. Vielmehr sind mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung neben den bereits lange bestehenden großen Wohlfahrtsverbänden privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen entstanden, die ihrerseits eine größer werdende Zahl von Pflegekräften im Angestelltenverhältnis beschäftigen, was wiederum zur Gründung von Arbeitgeberverbänden auf der einen Seite geführt hat und zur verstärkten Organisierung in Gewerkschaften auf der anderen Seite geführt hat und weiter führen wird.

Kammerrecht ist Landesrecht. Es würde also, wenn sich die in Bayern abzeichnende Entwicklung bundesweit fortsetzt, mindestens 16 verschiede Kammerregelungen geben. In den Kammern wird sich – wenn es demokratisch zugeht – das ganze Spektrum der Verbände, Weltanschauungen und Meinungen widerspiegeln. Es wird sich an der Vielfalt nichts ändern. Minderheitsmeinungen finden sich, auch wenn sie noch so gut begründet sein mögen, in den offiziellen Verlautbarungen der Kammern selten wieder.

In diesem Zusammenhang auf die große Resonanz zu schielen, die den Verlautbarungen der Bundesärztekammer – BÄK (e.V.) beschieden ist, wird den Pflegeberufen wenig helfen. Die hohe Bedeutung der BÄK in der Öffentlichkeit liegt auch nicht an ihrem Kammerstatus, sie ist nämlich gar keine, sondern ein eingetragener Verein, eine Arbeitsgemeinschaft der 17 in Deutschland bestehenden Landesärztekammern. Ihr hohes Ansehen verdanken die Ärzte nicht ihren Kammern, sondern umgekehrt: Weil sie einen hohen gesellschaftlichen Status aus vielfältigen Gründen erworben haben, schlagen sich die Äußerungen des BÄK-Präsidenten, welcher Qualität sie auch immer sein mögen, in den Medien nieder.

Gerade im Gesundheitswesen, das sich wegen seiner gesellschaftlichen Bedeutung und für das Wohlergehen des Einzelnen der gleichen Behandlung wie ein normaler Wirtschaftsbereich entzieht, ist demokratische Kontrolle der Dienstleistungserbringer unerlässlich. Der Selbstverwaltungsansatz geht jedoch davon aus, dass es das Beste sei, wenn der Berufsstand sich selber kontrolliere. Das mag in begrenztem Umfang auch gehen.

Immer dann aber wenn es um grundsätzliche Berufsinteressen geht, die in Widerspruch zu gesellschaftlichen Interessen einer guten gesundheitlichen Versorgung geraten, kann das Modell nicht mehr funktionieren. Vielmehr ist eine Kontrolle der Berufsstände, die gesundheitliche Dienstleistungen anbieten durch staatliche Organe oder Einrichtungen der Leistungsempfänger, die das Ganze ja bezahlen sollen, unerlässlich.

1.4. Behauptung: Kammern bieten Schutz vor unsachgemäßer Pflege und sichern die Qualität

Schutz und Sicherheit der Bevölkerung vor unqualifizierter oder schlechter Pflege wird nicht durch berufsständische Selbstkontrolle erreicht. Vielmehr bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen, die Finanzierung, Qualifikation und Qualitätssicherung garantieren.

Nicht die Leistungserbringer sind legitimiert, die Interessen der Pflegebedürftigen zu vertreten. Warum sollten sie auch von ihren Partikularinteressen absehen und sich dem Gemeinwohl unterordnen? Hier scheint die Ideologie der dienenden Haltung, die über Jahrhunderte pflegerisches Denken geprägt hat, fröhliche Urstände zu feiern. Dem ärztlichen Berufsstand nimmt dies kaum noch einer ab. Zu sehr sind wirtschaftliche Interessen in der Verbandspolitik und damit auch in der Kammerpolitik vorherrschend.

Interessenspolitik ist auch nichts anrüchiges. Sie sollte als solche jedoch noch erkennbar und benennbar bleiben. Die Gesellschaft finanziert die pflegerischen Dienstleistungen und nimmt sie in Anspruch. Sie kann sinnvollerweise auch nicht aus ihrer Kontrolle ausgeschaltet werden. Diese demokratische Kontrolle der Leistungsanbieter ist durch – demokratisch legitimierte – staatliche Organe auf kommunaler, Landes- und Bundesebene am besten gewährleistet.

1.5. Kammern regeln die Aus-, Fort- und Weiterbildung

Berufsbildungsrecht und Berufsausübungsrecht sind hierzulande staatliche Aufgaben. Gerade bei den Gesundheitsberufen haben sie eine besondere Bedeutung, weil unzureichende Qualifikationen Gefahren in der gesundheitlichen Versorgung nach sich ziehen können. Wegen dieser besonderen Bedeutung ist in der Verfassung dem Bund das Recht zugewiesen, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen zu regeln. Darüber sind auch die Rahmenbedingungen der Ausbildungsgänge, die zur Erlaubnis zur Führung der geschützten Berufsbezeichnungen führen durch Bundesgesetz geregelt. Solche Regelungen können nicht der jeweiligen Berufsgruppe überlassen werden. Hier sind vorrangig gesellschaftliche Interessen zu berücksichtigen und nicht die einzelner Berufsstände. Selbst die ärztliche Ausbildung ist durch Bundesgesetz (Bundesärzteordnung und die Approbationsordnung für Ärzte) festgelegt. Die Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung unterliegen dem Landesrecht, das schließt die Rechtsaufsicht über die von den Landesärztekammern erlassenen Weiterbildungsordnungen ein. Die von den siebzehn Kammern getroffenen ärztlichen Weiterbildungsregelungen sind nicht eben ein positives Beispiel von Einheitlichkeit und hoher Qualität.

In den meisten Bundesländern gibt es staatliche Regelungen über Weiterbildungsabschlüsse der Pflegeberufe. Das ist auch gut so. Sie werden üblicherweise wechselseitig anerkannt. In Bayern gelten Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die ohne weiteres in landesrechtliche Regelungen umgesetzt werden könnten. Einer gesetzlichen Regelung der Weiterbildung wäre immer der Vorzug zu geben vor einseitigen Regelungen von Arbeitgebervereinigungen oder vor denen einer Kammer, weil bei der Berufsbildung von Gesundheitsberufen dem gesamtgesellschaftlichen Interesse

an einer guten Versorgungsqualität Rechnung zu tragen ist. Sie müssen auch berufsübergreifende Gesichtspunkte berücksichtigen, etwa der Kooperation oder der Gleichwertigkeit von Zugangsmöglichkeiten und Abschlüssen.

Sie allein aus dem Blickwinkel und der Interessenlage eines Berufsstands zu regeln, könnte zu Verengungen führen.

1.6. Ausübung des Disziplinarrechts und Qualitätssicherung

Die korrekte Berufsausübung bedarf ebenfalls der gesellschaftlichen Kontrolle und unabhängiger – von Interessenskollisionen freier – Gerichte, die die Einhaltung von Gesetzen und Vorschriften zu überwachen haben. Das ausschließlich dem Berufsstand überlassene Disziplinarrecht erscheint höchstens als Instrument der Qualitätssicherung nur sehr begrenzte Wirkung zu entfalten:

»Nicht einmal jeder Dritte der fast 11.000 Patienten, die sich im vergangenen Jahr bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern über Behandlungsfehler beschwerten, hat damit Erfolg gehabt. Das gab die Bundesärztekammer [...] bekannt. Von den rund 11.000 Beschwerden sind demnach 7.133 bearbeitet worden. In 2.090 Fällen – das sind 29 Prozent – bestätigten die Gutachter einen Behandlungsfehler oder stellten fest, dass der Arzt seinen Patienten nur mangelhaft über mögliche Risiken aufgeklärt habe. Aber nur in 1.695 Fällen hatten die Patienten dann auch Anspruch auf Entschädigung.«[4]

Wenn Patienten bei fehlerhafter Behandlung zu ihrem Recht kommen wollen, sind sie auf den ordentlichen Rechtsweg über öffentliche Gerichte verwiesen. Berufskammern sind schon auf Grund ihrer internen Interessenverflechtungen mit den eigenen Leistungserbringern hierzu kaum in der Lage.

Abgesehen von spektakulären Einzelfällen, die zumeist unter öffentlichem Druck publik werden, sind nur wenige Fälle einer aktiven und effektiven Standesgerichtsbarkeit bekannt. Die Erfahrungen gerade mit den Ärztekammern zeigen, dass berufsständische Selbstkontrolle und Qualitätssicherung oft nicht gut genug funktionieren. Zu eng sind Interessensverquickung von Berufsangehörigen und Kammervertretungen. Was veranlasst also zu der Annahme, dass eine pflegerische Selbstverwaltung uneigennütziger funktionierte als ärztliche?

Gerade im Gesundheitswesen sind Betroffene (Patienten/Klienten/Pflegebedürftige) und Beitragszahler (Versicherte) an allen sie betreffende Entscheidungen zu beteiligen.

Keine Frage, auch die Leistungsanbieter haben eine hohe Verantwortung, die Qualität ihrer Dienstleistung zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Die Sicherung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen kann aber nicht ihnen alleine überlassen werden. Hier haben die Pflegebedürftigen (Kunden), aber auch die Kostenträger ein gewichtiges Wort mitzureden. Qualitätssicherung ohne Beteiligung der Beschäftigten, wie sie derzeit vielfach in Betrieben und Einrichtungen des Gesundheitswesens praktiziert wird, kann übrigens auch nicht funktionieren.

Also: Qualitätssicherung ja, aber nicht alleine durch den Berufsstand, der die Leistungen anbietet. Interne Qualitätskontrolle durch die Betriebe muss um eine externe Qualitätskontrolle durch die Versicherten (Kostenträger) und die Betroffenen (soziale Selbstverwaltung in den Kranken- und Pflegekassen, Verbraucherverbände, Patienteninitiativen, Selbsthilfegruppen u.ä.) ergänzt werden. Da sich der weit überwiegende Teil der Pflegekräfte im Angestelltenverhältnis befindet, unterliegen sie bereits dem

4 Beuth, Patrick: »Patienten beschweren sich meist erfolglos«, Frankfurter Rundschau vom 12.06.2009

Disziplinarrecht des jeweiligen Arbeitgebers. Die Qualität der Dienstleistung wird sehr viel stärker durch die Rahmenbedingungen und die Vorgaben des Arbeitgebers beeinflusst als durch das individuelle Verhalten der Beschäftigten. Zusätzlicher Disziplinierungsinstrumente bedarf es hierzu nicht.

1.7. Geplante Kammerregelung in Bayern

Von alledem, was Kammern in der politischen Diskussion an Erwartungen entgegengebracht wird, und wie wenig dann tatsächlich an Aufgaben übertragen werden soll, kann man im bayerischen Gesetzesentwurf zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes (Stand: 07.03. 2011) gut nachvollziehen.

Im Kern werden die Kammeraufgaben auf die Berufsaufsicht und die Verfolgung von Berufspflichtverletzungen (S. 31) sowie die Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungslehrgängen fokussiert.[5]

Der Gesetzesentwurf sieht eine Pflichtmitgliedschaft aller Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen vor, die in Bayern ihren Beruf ausüben oder ihren Hauptwohnsitz haben. Während bei den ärztlichen Berufen, den Apothekern und den psychotherapeutischen Berufen alle Berufsangehörigen erfasst werden, sind weite Teile derjenigen die die Pflege beruflich ausüben, wie z.B. Altenpflegehelfer/-innen, Krankenpflegehelfer/-innen, Pflegehelfer/-innen mit und ohne Ausbildung von der Verkammerung nicht erfasst.

Die beabsichtigte Qualitätssicherung über das Disziplinarrecht erfasst also nur einen Teil der Berufsangehörigen in der Pflege.

Hinsichtlich Regelungen von Weiterbildungsabschlüssen für Pflegeberufe hatte sich der Freistaat Bayern bislang vornehm zurückgehalten und dies der Deutschen Krankenhausgesellschaft überlassen, die für zahlreiche pflegebezogene Weiterbildungslehrgänge und die Anerkennung von Weiterbildungsstätten Richtlinien erlassen hatte. Während in fast allen Bundesländern staatliche Regelungen für die Weiterbildung existieren, war dies in Bayern nicht der Fall. Nun soll die geplante Pflegekammer es richten. Ob dies zu anderen oder besseren Ergebnissen führt, wird abzuwarten sein.

Erschreckend ist jedoch, dass die Berufsangehörigen der erfassten drei Pflegeberufe künftig für ihre eigene Disziplinierung Kammerbeiträge entrichten sollen. Ein großer Teil der Neuregelung des Heilberufe-Kammergesetzes befasst sich mit Fragen des Disziplinarrechts, das auch für die anderen Heilberufe verschärft werden soll. Künftig soll es nicht bei einer Rüge belassen werden, sondern es können auch Geldbußen verhängt werden. Die bisherige Obergrenze für Geldbußen von 50.000 Euro soll angehoben werden. Die Berufsgerichte sollen künftig auch Gebühren für ihre Tätigkeit von den Betroffenen erheben können. Die Verjährungsfrist bei Berufspflichtverletzungen soll verlängert werden.

Als Angestellte unterliegen Pflegekräfte dem Weisungs- und Disziplinarrecht ihres jeweiligen Arbeitgebers. Er kann ihnen Weisungen erteilen, sie im Falle eines Fehlverhaltens abmahnen bis hin zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Zusätzlicher berufsrechtlicher Disziplinierungsmaßnahmen bedarf es nicht. Das unterscheidet u.a. Angestellte von Selbstständigen und Freiberuflern, die keiner Weisungspflicht unterliegen. Die Probleme der Pflegeberufe bestehen auch nicht in fehlender Disziplin, sondern in unzureichenden Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit.

5 Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung, 07.03.2011

Die Höhe des von den Pflegeberufen zu zahlenden Kammerbeitrags steht noch nicht fest. Je nach Aufwand und Leistungen der Kammer können leicht mehrere Hundert Euro an Kammerbeitrag pro Jahr erhoben werden.

Da von der Pflegekammer weder eine Hebung des Ansehens oder der Wertschätzung noch eine Vereinheitlichung des Berufsstands oder ein nennenswerter Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität zu erwarten ist, erhebt sich die Frage, ob die Verschärfung des Disziplinarrechts und die stärkere Verfolgung der Verletzung von Berufspflichten einen Kammerbeitrag wert sind. Der Aufwand für die Errichtung einer flächendeckenden Kammerstruktur steht in keinem Verhältnis zum Ertrag.

Gesellschaftspolitisch gesehen bedeutet die Übertragung gesellschaftlicher Aufgaben, die bisher vom Staat wahrgenommen und aus Steuermitteln finanziert wurden, auch eine Kostenverlagerung, weil die Kosten gesellschaftlich zu organisierender Aufgaben über die Kammerbeiträge von den Berufsangehörigen nunmehr selbst aufgebracht werden müssen.

2. Herausforderungen – Maßnahmen – Verantwortungen

2.1. Einkommen

Herausforderungen

Ein zentraler Aspekt für die Berufsentscheidung und auch den Verbleib im Beruf ist das Einkommen. Die derzeitige Einstiegsvergütung für Berufsanfänger/innen von 1.980 bis 2.239 Euro monatlich (bayerische Wohlfahrtsverbände und öffentlicher Dienst; bei privaten Arbeitgebern in der Regel weniger) ist nicht geeignet, um eine Entscheidung über die Berufswahl positiv zu beeinflussen. Ideelle Werte der Pflege (»Menschen helfen«) können dies nur sehr begrenzt kompensieren. Dies ist einer der wichtigsten Gründe, warum sich die Pflegeberufe immer potenziell am Rande des Notstandes befinden bzw. derzeit mitten drin sind. Die Summe der für die Berufswahl entscheidenden Faktoren (Einkommen, Arbeitszeit, physische und psychische Belastung) lassen die Pflegeberufe zu unattraktiveren Berufen werden. Dies traf und trifft ganz besonders auf die Altenpflege zu.

Untersuchen, wie z.B. der DGB-Index Gute Arbeit zeigen, wie wichtig die Dimension »Einkommen« für Beschäftigte ist. Denn kaum ein anderer Bereich wird von den Beschäftigten so negativ beurteilt.[6]

Daher ist die Verbesserung der Einkommen der Pflegekräfte eine wichtige Stellschraube, um den Beruf attraktiver zu machen und damit auch mehr Auszubildende zu gewinnen bzw. die Beschäftigten im Beruf zu halten.

Maßnahmen

Die Einkommensentwicklung wird geprägt von Tarifvertragsverhandlungen. Tarifpolitik muss durch wettbewerbsregulierende Maßnahmen und eine ausreichende Refinanzierung flankiert werden. Diese müssen anstelle eines Wettbewerbs um die niedrigsten Personalkosten einen Wettbewerb um die beste Qualität ermöglichen können.

Wichtige Maßnahmen sind verbindliche Personalbemessungsverfahren, ein einheitlicher Tarifvertrag für das Sozial- und Gesundheitswesen und die Sicherstellung einer ausreichenden Refinanzierung.

Verantwortungen

Tarifverhandlungen sind Aufgabe der Gewerkschaft und der Arbeitgeber bzw. deren Verbände.

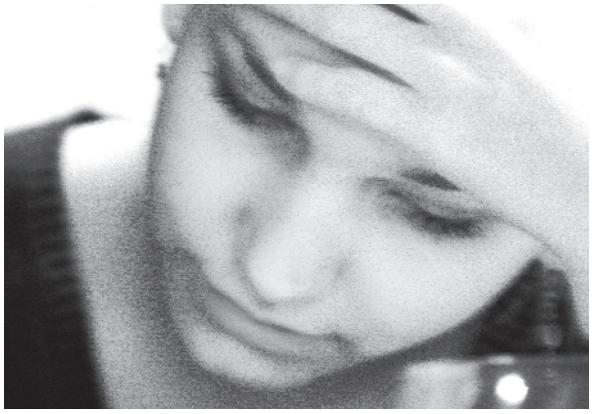
Die Arbeitgeber müssen gemeinsam in den Verhandlungen mit den Kostenträgern die Refinanzierung ausreichender Entgelte für die Beschäftigten sicherstellen und nicht über niedrige Personalkosten zueinander in Konkurrenz treten. Der Gesetzgeber ist gefordert, die dafür notwendigen finanziellen Mittel sicherzustellen und die Pflegeversicherung bzw. Krankenversicherung durch Maßnahmen wie z.B. einer Einführung einer Bürgerversicherung zu erweitern.

Der Gesetzgeber in Bayern ist gefordert, die Zuschüsse für Investitionen für die Krankenhäuser zu erhöhen und die Investitionskostenzuschüsse für Pflegeheime wieder einzuführen. Denn die Notwendigkeit einer Erwirtschaftung von Investitionen statt Finanzierung durch die öffentliche Hand bedeutet immer, dass weniger Mittel für die Finanzierung von Personal und von Verbesserung der Einkommen zur Verfügung stehen.

6 Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit 2007/08, Altenpflege, und Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit 2007/08, Krankenpflege, ver.di

Der Gesetzgeber im Bund muss die Krankenhausbudgets mit dem realen Bedarf verbinden. Die entsprechenden Steigerungen der Budgets müssen zwingend erfolgen. Die Tarifsteigerungen müssen refinanziert werden. Und der Gesetzgeber muss die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherungen sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege erhöhen.

Eine Pflegekammer ist für die Verbesserung der Einkommen der Pflegekräfte weder notwendig noch zuständig.



Daniel Wrede

2.2. Arbeitsbedingungen

Herausforderungen

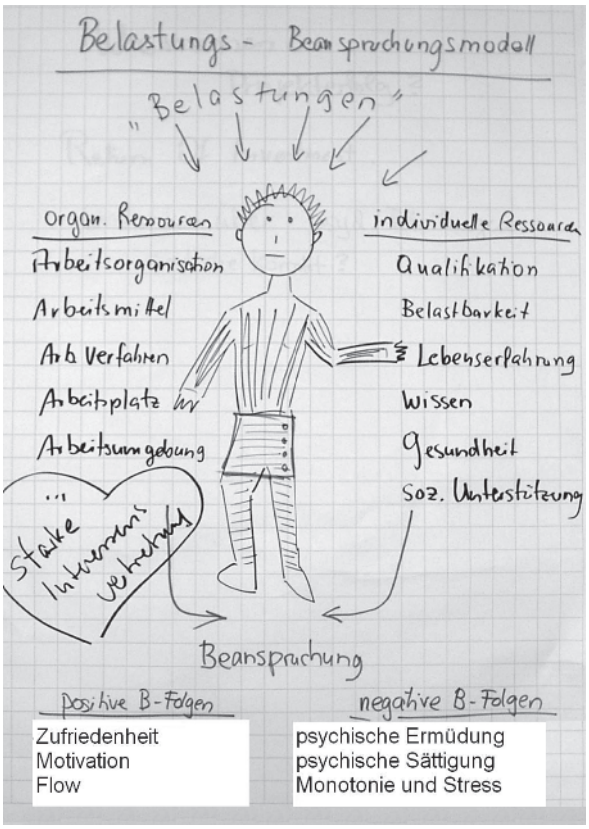
Die Ausübung des Berufes Pflege findet unter erschwerten Arbeitsbedingungen statt. Die negativen Auswirkungen dieser Bedingungen lassen sich an verschiedenen Indikatoren wie Gesundheitszustand konkret nachvollziehen.

Der Barmer-Gesundheitsreport von 2009 belegt: Krankenpflegepersonal liegt beim Krankenstand in der Spitzengruppe aller Berufe. Psychische und Verhaltensstörungen standen sowohl bei den Fehltagen als auch bei der Erkrankungsdauer auf Platz 2.[7] Verantwortlich dafür sind die Stressfaktoren, allen voran der Zeitdruck bei gleichzeitig hoher Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten. Stress, Überstunden, Mehrarbeit, Einspringen an freien Tagen, knappe Schichtbesetzungen, geteilte Dienste, immer größere Stationen kommen zur Belastung durch Wechselschichtdienst und Bereitschaftsdienst dazu. Die Beschäftigten leiden unter dem Missverhältnis zwischen der Menge der Aufgaben und zu wenig Personal.

In Bayern liegt nach Angaben der AOK Bayern der Krankenstand von Altenpflegekräften um mehr als 30 Prozent über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Die AOK-versicherten Beschäftigten wiesen 2010 eine Quote von 5,5 Prozent krankheitsbedingter Fehlzeiten auf, während sich der bayernweite Durchschnitt auf 4,2 Prozent belief.[8]

Nach Erkenntnissen einer AOK-Studie sind bei Mitarbeiter/innen in der Altenpflege besonders lange krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund von Beschwerden am Muskel-Skelett-Apparat und psychischer Erkrankungen zu verzeichnen. »Die Mehrheit der Betroffenen sieht dabei einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und Arbeitsbelastung«, so die AOK Bayern. Die Tätigkeit in Pflegeheimen sei hauptsächlich durch schweres Heben und Tragen, häufiges Bücken sowie langes Stehen und Gehen sehr belastend. Darüber hinaus bringe der Beruf auch hohe psychische Anforderungen mit sich.[9]

7 Barmer Ersatzkasse (2009): BARMER Gesundheitsreport 2009, S. 36 f und S. 75 ff.
8 Pflegereport Bayern 2010, S. 3
9 Pflegereport Bayern 2010, S. 4



Sabine Heegner

Maßnahmen

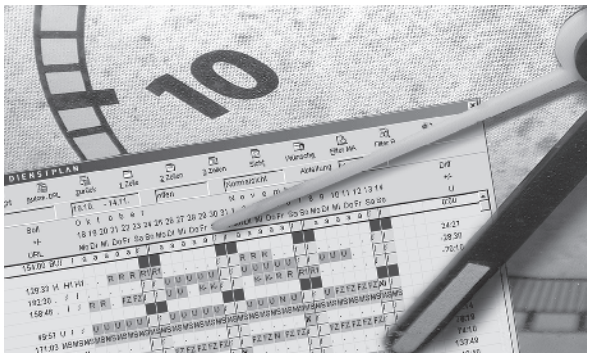
Geeignete Maßnahmen sind z.B. Arbeitsplatz-/Gefährdungsanalysen, Gesundheitszirkel, Führungskräfteentwicklungsprogramme, mehr Transparenz und schlicht: mehr Personal, dessen Einsätze gut geplant und verlässlich sind.

Um genügend Personal für mehr Pflegebedürftige zu haben, muss neben der Gewinnung von mehr Auszubildenden auch ein Schwerpunkt darauf liegen, den Pflegekräften ein Arbeiten bis zur Rente zu ermöglichen.

Verantwortungen

Geeignete Maßnahmen müssen die Arbeitgeber, die betriebliche Interessensvertretung und der Gesetzgeber (z.B. durch Vorgaben zum Personalschlüssel) ergreifen.

Auch zur Lösung dieses Problems kann eine Pflegekammer nichts beitragen.



2.3. Arbeitszeit

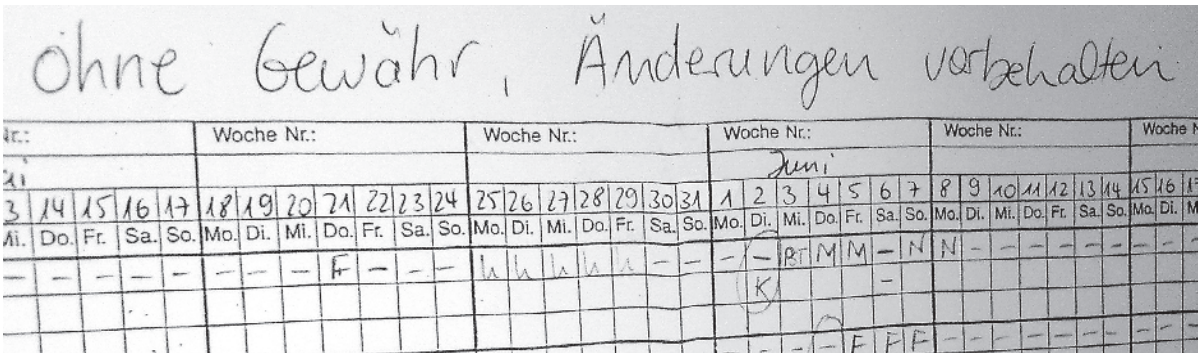
Herausforderungen

Die Arbeitszeit ist eine entscheidende Stellgröße für das Gelingen oder Misslingen einer Balance zwischen beruflichem und außerberuflichem Leben und für den Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten. Dabei spielen verschiedene Facetten der Arbeitszeitgestaltung eine Rolle: die Arbeitszeitlage, die Planbarkeit und Beeinflussbarkeit der Arbeitszeit sowie deren Länge. Und genau hier liegt sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Altenhilfeeinrichtungen vieles im Argen, in der Regel bedingt durch zu wenig Personal, aber auch durch eine unzureichende Dienstplangestaltung.

Im Mittel arbeiten vollzeitbeschäftigte Altenpflegerinnen – unter Berücksichtigung von Überstunden – 44 Stunden pro Woche, während ihre vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten lediglich bei 39,5 Stunden liegen.

Die vereinbarte Arbeitszeit von teilzeitbeschäftigten Frauen in der Altenpflege beträgt knapp 23,5 Wochenstunden, doch auch diese Beschäftigtengruppe arbeitet in der Regel länger: Ihre tatsächliche Arbeitszeit geben sie mit 30 Stunden an.[10]

10 Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit 2007/08, Altenpflege, ver.di



Maßnahmen

Die Einrichtungen müssen Maßnahmen ergreifen, um folgende Ziele zu erreichen: Planbarkeit von Freizeit und Einkommen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine erträgliche psychische und physische Belastung sowie eine wertschätzende, kompetente Führung.

Eine entsprechende Änderung des Teilzeit- und Befristungsgesetzes ist unerlässlich, um den Missbrauch von Arbeit auf Abruf und Befristungen ohne Sachgrund zu verhindern.

Ein entscheidender Faktor zur Reduzierung von belastender Arbeitszeit ist, dass ausreichend Personal zur Verfügung steht.

Ein Personalbemessungsverfahren ist der Kalkulation der Fallpauschalen verpflichtend zugrunde zu legen.

Auch in den Pflegeeinrichtungen gibt es kein verbindliches Personalbemessungsverfahren, das auch Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen sein könnte. Die Heimpersonalverordnung bzw. die entsprechenden neuen länderrechtlichen Verordnungen regeln nur Mindestanforderungen an die Personalstärke in Pflegeheimen, z.B. die Fachkraftquote oder den Personalschlüssel. Ob diese ausreichend sind, um eine qualitativ gute Pflege zu gewährleisten, ist nicht belegt.

Auch in der stationären Pflege benötigt man ein verbindliches Personalbemessungsverfahren.

Verantwortungen

Arbeitszeiten vernünftig und sinnvoll für Beschäftigten und auch für Patienten zu gestalten, ist Aufgabe von Arbeitgebern, der betrieblichen Interessenvertretungen, der Gewerkschaft über Tarifpolitik und des Gesetzgebers.

Sowohl bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch bei der sinnvollen Arbeitszeitgestaltung ist eine Pflegekammer außen vor. Sie hätte hier keine Handlungskompetenz. ■

André Stiebitz

Dave Kittel

3. Zusammenfassung

Wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem.

Der Schlüssel zur Stärkung der pflegerischen Berufe liegt in der nachhaltigen Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für die Pflegenden. Deren wirtschaftliche Absicherung durch eine leistungsgerechte Refinanzierung hat der Gesetzgeber im Bund und im Freistaat in der Hand.

In erster Linie sind also Arbeitgeber und der Gesetzgeber gefordert, die Situation zu verbessern. Eine Pflegekammer könnte auch nur versuchen, ideell auf die Politik einzuwirken.

Bereits heute werden Parteien, Politiker und die Staatsregierung über die verschiedenen Verbände und die Gewerkschaft ver.di mit Stellungnahmen, Berichten und Gutachten aufgefordert, zielgerichtet und umfassend tätig zu werden. Eine Kammer würde nur ein zusätzliches Gremium sein.

Einige sehr relevante Rahmenbedingungen für die Pflege sind Gegenstand des Bundesrechts, z.B. das Krankenpflege- und das Altenpflegegesetz. Um Verbesserungen zu erreichen, müsste sich eine bayerische Pflegekammer des Freistaates Bayern und seiner Bundesratsinitiativen bedienen.

Viele, den Kammern als typische Aufgaben zugeschriebene Aufgaben sind bereits jetzt schon sinnvoll platziert:

- Arbeitnehmervertretung ist eine innerbetriebliche Aufgabe von Betriebs- oder Personalräten und Mitarbeitervertretungen sowie Gewerkschaften. Uns ist kein Krankenhaus bekannt, in dem es keine Arbeitnehmervertretung gibt. In stationären Altenpflegeeinrichtungen bzw. ambulanten Diensten gibt es eine deutlich geringere Anzahl betrieblicher Interessenvertretungen, doch auch hier wären sie grundsätzlich möglich.
- Qualitätssicherung wird durch Qualitätssicherungssysteme in Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten, aber auch durch Organisationen wie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. durch die Heimaufsicht gewährleistet. Welchen Zusatznutzen die zusätzliche Überwachung der Pflegequalität und der ethischen Normen durch eine Pflegekammer bringen soll, erschließt sich uns nicht. Ebenso wie die Überwachung von nationalen Richtlinien, die grundsätzlich Behörden zusteht.
- Für den Gesundheitsschutz zuständig sind die Unfallversicherungsträger und die Arbeitgeber.
- Für die Ausgestaltung der Ausbildung sind die Länder und die Träger zuständig, Weiterbildung fällt ebenfalls in den Regelungsbereich der Länder.
- Einkommen und Arbeitsbedingungen regeln Gewerkschaften in Tarifverträgen, die von betrieblichen Interessenvertretungen ausgestaltet werden.
- Berufsethos/Berufs-Leitbild ist Sache der Berufsverbände und Gewerkschaften.
- Nachwuchsgewinnung muss durch eine gemeinsame Anstrengung aller Akteure erfolgen und erfolgt in Bayern ja auch z.B. durch die Kampagne Herzwerker.
- Bleibt noch die Aufgabe eines erfolgreichen Lobbyings für die Berufsbelange der Pflegefachkräfte. Alle relevanten Verbände und die Gewerkschaft ver.di könnten dies gemeinsam und abgestimmt tun, ohne dass es einer Zwangsverkammerung bedürfte.

Wenn man sich Aktivitäten der letzten Jahre betrachtet, die in Bayern teils von mehreren Verbänden gemeinsam unternommen wurden, um die Lage und die Berufsausübung von Pflegenden zu verbessern, muss man folgendes

feststellen: Das Scheitern dieser Initiativen lag nicht daran, dass es keine Kammer gab, sondern dass es bei den zuständigen Stellen keine Bereitschaft gab, die Initiativen zu realisieren.

Hier einige Beispiele

- Eine Umlagefinanzierung der Altenpflegeausbildung wurde von zahlreichen Trägerverbänden und auch von ver.di immer wieder gefordert. Eine solche Ausbildungsumlage ist politisch nicht gewollt und wird von der Staatsregierung abgelehnt.
- Ein Entwurf für ein Weiterbildungsgesetz für Pflegekräfte wurde im Jahr 2003 von zahlreichen Verbänden entwickelt. Nach einer Landtagsanhörung wurde ein solches Gesetz vom zuständigen Ministerium abgelehnt.
- Mindeststandards für eine Personalbemessung im Krankenhaus sind trotz zahlreicher gemeinsamer Initiativen im Bayerischen Krankenhausgesetz nicht zu finden.
- Bei der Anhörung zu den Eckpunkten für eine Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz wurde von vielen Verbänden deutlich kritisiert, dass die Eckpunkte keine verbindliche Fachkraftbesetzung in stationären Altenpflegeeinrichtungen vorsehen. Diese Kritik hat ebenfalls zu keiner Verbesserung geführt.
- Und, ganz aktuell: Kurz nach Initiierung der Kampagne Herzwerker zur Gewinnung von zusätzlichen Auszubildenden durch das Sozialministerium wurde vom Kultusministerium die Halbierung des Schulgeldausgleichs von 200 Euro auf 100 Euro beschlossen. 100.000 Unterschriften wurden gesammelt, alle Trägerverbände, Berufsverbände und die Gewerkschaft ver.di haben protestiert. Herausgekommen ist die Reduzierung um 50 Euro und die Tatsache, dass viele Schulen nun Schulgeld erheben oder bereits bestehendes Schulgeld erhöhen mussten.

Die Angehörigen der Pflegeberufe müssen sich aktiv in die politische Auseinandersetzung einbringen und die gewerkschaftliche Arbeit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen stärker unterstützen.

Eine Pflichtmitgliedschaft würde dem unzureichenden Engagement in beruflichen Angelegenheiten nicht abhelfen, denn wer sich nicht freiwillig engagiert, wird es erst recht nicht in einer Zwangskörperschaft tun.

Es würde durch die Pflichtbeiträge allenfalls ein bürokratischer Apparat finanziert, der hauptamtlichen Kammerfunktionären ein Betätigungsfeld eröffnet, wo sonst staatliche Stellen, die aus Steuermitteln finanziert werden, tätig werden müssen.

Literaturverzeichnis

AOK Bayern (Hrsg.), Pflegereport Bayern 2010, München

Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), BARMER Gesundheitsreport 2009, Wuppertal

Bayerische Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Zahlen, Daten, Fakten, München, 2011

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hrsg.), Statistische Berichte Krankenhausstatistik 2009, Fürth, 2010

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hrsg.),Statistische Berichte Pflegeeinrichtungen 2009, Fürth

Bayerische Staatsregierung (Hrsg.), Gesetzentwurf zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und anderer Gesetze, München, 2011

Burtke, Ute/Gericke, Andreas. Pflegekammer kontrovers. In: Heilberufe. 1996; 48. Jahrg. Heft 10: S. 6-9

DGB (Hrsg.), Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist hausgemacht, in arbeitsmarkt aktuell Nr. 01/Januar 2011, Berlin

DGB (Hrsg.), DGB-Index Gute Arbeit 2009, Berlin

Dielmann, Gerd: Pflegekammern: Zurück in vordemokratische Zeiten. In: ötv Report Soziales und Gesundheit, Januar 1994. S. 9

Dielmann, Gerd. Pflegekammern: Notwendig oder überflüssig? In: Dr. med. Mabuse, 1996; 21. Jahrg. Heft 99; S. 44-45

Dielmann, Gerd: Brauchen wir Pflegekammern? In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.), PflegekulTour 2001 – Impulse und Perspektiven; Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 1997

Dielmann, Gerd: Pflegekammer und kein Ende? In: ötv Report GeKiSS, April 1999, S. 18-19

Dielmann, Gerd: Was bringt die Einrichtung einer Pflegekammer für Pflegende und Pflegebedürftige? In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 46, Oktober 2009, S. 32-34, Hannover

Dielmann, Gerd: Die Kammer als Lösung aller Probleme? – Stellungnahme zum Leserbrief. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 49, Juni 2010, S. 17 ff., Hannover

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.). Pflegekammer – Beitrag zur Diskussion über Kammern in der Pflege. Eschborn. Juni 1995

Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V. (Hrsg.), Grundsatzprogramm für eine zu bildende Pflegekammer

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 25.8.2003, § 25 Abs. 1

Großmann, Hannelore. Die Kammer – Schreckgespenst oder notwendiges Professionalisierungsinstrument? In: Pflege Aktuell, 1997; Heft 2, S. 106-109

Goesmann, Christina und Nölle, Kerstin, Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik, Dortmund, 2009

Harms, Käte/Roos, Käte. Schaffung einer Pflegekammer. In: Heilberufe, 1995; 47. Jahrg. Heft 5, S. 4-5

Isfort M.; Weidner F. et al., Pflege-Thermometer 2009, Langfassung

Jahn, Raico. Pflegekammer – greifbares Ziel oder ferne Utopie? In: Die Schwester/Der Pfleger, 1996; Heft 9, S. 813-821

Kellnhauser, Edith. Die Rolle der Pflegekammer bei der Professionalisierung des Pflegeberufes. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1990; 29. Jahrg. Heft 8, S. 650-654

Kellnhauser, Edith. Pflegekammern: Notwendig oder überflüssig? In: Dr. med. Mabuse, 1996; 21. Jahrg. Heft 99; S. 42-44

Kellnhauser, Edith. Die Pflegekammer. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1996; 35. Jahrg. Heft 11, S. 1026 f.

Kellnhauser, Edith. Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege – Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland. Melsungen: Bibliomed Verlagsgesellschaft; 1994

Krüger, Siegfried. Ist die Krankenpflege kammerfähig? In: Pflegezeitschrift, 1995; 48. Jahrg. Beilage. Heft 1

Reichert, Wolf-Gero. Gerechter Lohn in der Altenhilfe. Expertise des Oswald von Nell-Breuning-Instituts für den Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. Frankfurt

Plantholz, Markus. Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Einrichtung einer Pflegekammer auf Landesebene – Gutachten erstattet im Auftrag der Fraktion Bündnis 90/Grüne (AL), UFV im Abgeordnetenhaus von Berlin, Juni 1994

Schaeffer, Doris. Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, Doris / Moers, Martin / Rosenbrock, Rolf (Hrsg.): Public Health und Pflege – Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition Sigma 1994; S. 103-126

Schwochert, Barbara. Kammer für Pflegeberufe. In: Pflege aktuell, 1994, Heft 9. S. 530-532

StMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (Hrsg.), 2. Bayerischer Sozialbericht, München, 2009

StMAS (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) (Hrsg.), Soziale Lage in Bayern 2010, München

Süddeutsche Zeitung, 2. Mai 2011, München

Süddeutsche Zeitung, 7./8. Mai 2011, München

ver.di (Hrsg.), Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit, 2007/2008, Sonderauswertung Altenpflege, Berlin

ver.di (Hrsg.), Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit, 2007/2008, Sonderauswertung Krankenpflege, Berlin

ver.di Bayern (Hrsg.), Memorandum zur sozialen Lage und zum Wert der sozialen Arbeit in Bayern, München, 2010

ver.di Bayern, FB 03 (Hrsg.), Geschäftsbericht, München, 2011

Versieck, Katja / Bouten, Ria / Pacolet, Jozef. Manpower Problems in the Nursing/Midwifery Profession in the EC – Country-comparative Report. Leuven 1995

Internetquellen

- Bayerische Landesärztekammer: www.blaek.de
- Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de
- Bundesverband für freie Kammern: www.bffk.de
- Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V.: www.pflegekammer-bayern.de
- Gute Arbeit, die ver.di Initiative: www.verdi-gute-arbeit.de/
- ver.di: www.verdi.de
- ver.di Landesbezirk Bayern, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen: www.gesundheit-soziales.bayern.verdi.de

ver.di Bayern

Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen

ver.di

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stand: Mai 2011

Ihre persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den bayerischen ver.di-Bezirken

Bezirk Augsburg
Am Katzenstadel 34, 86152 Augsburg
Fax 0821 / 2 79 54 - 54
- Helmut Schwering
  Tel. 0821 / 2 79 54 - 10
- Kai Winkler
  Tel. 0821 / 2 79 54 - 11
- Arina Machlin
  Tel. 0821 / 2 79 54 - 31

Bezirk Ingolstadt
Paradeplatz 9, 85049 Ingolstadt
Fax 0841 / 1 72 88
- Stefan Jagel
  Tel. 0841 / 3 30 90

Bezirk Kempten
Hirnbeinstr. 3, 87435 Kempten
- Jutta Aumüller
  Tel. 0831 / 5 21 88 - 17
  Fax 0831 / 5 21 88 - 11
- Ludwig Riedl
  Tel. 0831 / 5 21 88 - 14
  Fax 0831 / 5 21 88 - 15

Bezirk Mittelfranken
Geschäftsstelle Nürnberg
Kornmarkt 5-7, 90402 Nürnberg
Fax 0911 / 2 35 57 - 803
- Peter Schmitt-Moritz
  Tel. 0911 / 2 35 57 - 103
- Hans-Christian Kleefeld
  Tel. 0911 / 2 35 57 - 303

Geschäftsstelle Fürth
Königswarterstr. 16, 90762 Fürth
Fax 0911 / 7 49 94 47
- Bernhard Bytom
  Tel. 0911 / 77 00 56

Bezirk München
Schwanthalerstr. 64, 80336 München
Fax 089 / 5 99 77 - 7773
- Doreen Bogram
  Tel. 089 / 5 99 77 - 7030
- Heribert Weyrich
  Tel. 089 / 5 99 77 - 7031
- Christian Reischl
  Tel. 089 / 5 99 77 - 7032

Bezirk Niederbayern
Leopoldstraße 7, 94032 Passau
Fax 0851 / 5 66 59
- Eduard Kelsch
  Tel. 0851 / 60 94

Bezirk Oberfranken-Ost
Schlossplatz 5, 95028 Hof
Fax 09281 / 8 61 34
- Christine Kelpin
  Tel. 09281 / 8 46 66

Bezirk Oberfranken-West
Am Viktoriabrunnen 1A, 96450 Coburg
Fax 09561 / 9 44 77
- Christian Ascherl
  Tel. 09561 / 9 22 16

Bezirk Oberpfalz
Geschäftsstelle Regensburg
Richard-Wagner-Str. 2, 93055 Regensburg
Fax 0941 / 4 60 24 - 57
- Klaus Heyert
  Tel. 0941 / 4 60 24 - 55

Geschäftsstelle Weiden
Naabstraße 6, 92637 Weiden
Fax 0961 / 4 01 76 - 29
- Robert Hinke
  Tel. 0961 / 4 01 76 - 12
- Karlheinz Winter
  Tel. 0961 / 4 01 76 - 16

Bezirk Rosenheim
Rathausstr. 15, 83022 Rosenheim
Fax 08031 / 3 04 27 - 24
- Robert Metzger
  Tel. 08031 / 3 04 27 - 15

Bezirk Schweinfurt
Am Zeughaus 9-13
97421 Schweinfurt
Fax 09721 / 17 90 - 17
- Jürgen Dietz
  Tel. 09721 / 17 90 - 40

Bezirk Würzburg-Aschaffenburg
Geschäftsstelle Würzburg
Berliner Platz 9, 97080 Würzburg
Fax 0931 / 3 21 06 - 18
- Susanne Neubauer
  Tel. 0931 / 3 21 06 - 11

Geschäftsstelle Aschaffenburg
Grünewaldstr. 1, 63739 Aschaffenburg
Fax 06021 / 79 49 - 55
- Birgit Stein
  Tel. 06021 / 79 49 - 2

Landesfachbereich
Schwanthalerstr. 64, 80336 München
Fax 089 / 5 99 77 - 1039
fb3.bayern@verdi.de
- Dominik Schirmer, Fachbereichsleiter
  Tel. 089 / 5 99 77 - 1030
- Irene Gölz
  Tel. 089 / 5 99 77 - 1031
- Martina Mörsdorf
  Tel. 089 / 5 99 77 - 1033
- Stefan Jagel, Jugendsekretär
  Tel. 0841 / 3 30 90

E-Mail
Alle ver.dianerInnen sind unter vorname.nachname@verdi.de zu erreichen.

www.gesundheit-soziales.bayern.verdi.de