

Positionierung der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin zu den Überlegungen der Einrichtung einer Pflegekammer im Land Berlin

Zur Diskussion um die Institutionalisierung einer Pflegekammer im Land Berlin

Es ist mehr als angezeigt, die Pflege als die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen stärker in den Blick zu nehmen und ihre Situation nachhaltig zu verbessern. Eine starke Vertretung der Pflegekräfte durch Berufsverbände, wie zum Beispiel durch den Deutschen Berufsverband für Pflegekräfte (DBfK) oder den Deutschen Pflegerat (DPR) ist berufspolitisch wünschenswert. Zentrale Voraussetzung ist jedoch die freiwillige Mitgliedschaft, die einer inneren Überzeugung entspringt. Die Einrichtung einer Pflegekammer wäre allerdings nur möglich, wenn der Zwang für Berufsgruppen zur Mitgliedschaft zum Prinzip erhoben würde. Dies ist abzulehnen.

Zu bedenken ist auch, dass „die Pflege“ wesentlich durch Akteure mitgestaltet wird, die mit Ausbildungsprofilen ohne dreijährigen qualifizierenden Berufsabschluss aber mit Basisqualifikationen ausgestattet sind. Diese sind in die berufsständische Arbeit zu integrieren. „Hilfsberufe“ aber zum Gegenstand einer Kammerpolitik zu machen, ist kaum vorstellbar. Angesichts der zu leistenden Pflichtbeiträge für eine Kammer wäre darüber hinaus auch das Problem der finanziellen Leistbarkeit für die Akteure absehbar.

Weder für Pflegekräfte noch für die Wohlfahrtsverbände ist es vertretbar, wenn nur dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte mit entsprechendem Berufsabschluss in einer Pflegekammer vertreten wären, wie es berufsrechtlich standardgemäß vertreten wird. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe sind Pflegekräfte ohne dreijährigen qualifizierenden Berufsabschluss. Eine Pflegekammer für weniger als die Hälfte der professionell Pflegenden zu errichten, wäre unzureichend und daher abzulehnen.

Grundsätzlich haben Kammern für freie Berufe die Aufgabe

- die Berufsordnung festzulegen,
- die Zulassung und Versagung der Zulassung zu diesem Beruf zu regeln,
- die Einheitlichkeit der Qualifikationen herzustellen,
- die Fort- und Weiterbildung zu regeln und
- die berufsrechtliche Interessenvertretung wahrzunehmen,

An erster Stelle ergibt sich zunächst das Problem, dass die Pflegekräfte, ob mit oder ohne dreijährige berufliche Qualifikation bis auf wenige Ausnahmen Arbeitnehmerstatus in den Altenpflege- und Gesundheitseinrichtungen haben. Die fehlenden Regelungen einer Berufsordnung und einer geregelten Fort- und Weiterbildung stellen für diese Arbeitnehmer nicht das eigentliche Problem ihrer Berufsausübung dar, da die bundesweit geltenden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und statio-

nären Pflege einfordern, dass jeweils auf den Kenntnisstand der Beschäftigten bezogene Qualifizierungsangebote verpflichtend sind und von den Pflegeeinrichtungen sicherzustellen sind. Die schon heute mögliche einheitliche Registrierung mit Angabe aller erworbenen Qualifikationen und Fort- und Weiterbildungen wird von den Pflegekräften nur sehr zurückhaltend genutzt. Die Pflegekräfte müssten mit ihren Kammerbeiträgen die Schaffung der fehlenden berufsrechtlichen Regelungen finanzieren. Ob dazu eine Bereitschaft vorhanden ist, scheint sehr zweifelhaft, eine Zwangsmitgliedschaft wäre aber unzumutbar, weil die Pflegekräfte ohne dreijährig qualifizierenden Berufsabschluss davon nicht profitieren würden.

In der öffentlichen Diskussion wird der Errichtung einer Pflegekammer immer die Aufgabe zugewiesen, die Verbesserung der als unzureichend erkannten Rahmenbedingungen bei der Ausübung der Pflegeberufe voranzutreiben. Die DGB Index Studie hat Pflegekräfte nach den verbesserungswürdigen Rahmenbedingungen in der Altenpflege befragt. Die Studie weist aus, dass die Beschäftigten in der Altenpflege die Arbeitsbedingungen mit 52 % als schlecht bewerten, gegenüber 33 % bei allen anderen Berufen im Durchschnitt. Sie weist klar aus, dass neben vielen unzureichenden Bedingungen die Einkommenssituation das mit deutlichem Abstand größte Defizit bei den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege darstellt (S. 5). Dies deckt sich auch mit den Initiativen des Gesetzgebers im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in § 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI die Pflegekassen aufzufordern, keine Pflegeeinrichtung zur Versorgung zuzulassen, die nicht wenigstens eine ortsübliche Bezahlung der in der Pflege Beschäftigten nachweisen kann. Leider wird diese Regelung seit 2008 auch im Land Berlin nicht umgesetzt. Ebenso zielt die Mindestlohnregelung für die Pflegebranche darauf ab, eine Untergrenze der Bezahlung der in der Pflege Beschäftigten festzulegen. Beide Regelungen haben bisher wenig Greifbares zur Einkommensverbesserung der Pflegekräfte bewirkt.

Aus den Fachdiskussionen mit den Mitgliedsorganisationen der Wohlfahrtsverbände der LI-GA und insbesondere mit den Beschäftigten ist das Wort Pflegekammer mit einer hohen und auch emotional besetzten Erwartungshaltung belegt. Diese Erwartungshaltung korrespondiert jedoch nicht mit tatsächlichen Aufgaben und Gestaltungsmöglichkeiten einer Kammer. Die nachfolgend beispielhaft dargestellten Probleme oder formulierten Herausforderungen liegen auf ganz anderen Ebenen als auf der einer berufsständischen Vertretung:

- Nach wie vor sind es die Auseinandersetzungen um die tarifliche Bezahlung, die einerseits gefordert und vielfach umgesetzt ist, andererseits aber zu Teuerungen bei den Pflegekosten führt, was den Leistungsträgern wegen der angestrebten Kostenneutralität und Beitragssatzstabilität nicht genehm ist.
- Neben der unzureichenden Bezahlung der Pflegekräfte sind die hohen physischen und psychischen Anforderungen wichtige Faktoren, die im Interesse der Pflegekräfte zu verbessern wären.
- In der stationären Pflege wird mit einem, am Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner gemessenen, grundsätzlich unzureichenden Personalschlüssel gearbeitet, der nie rational oder wissenschaftlich hergeleitet wurde, sondern immer von Finanzierungsfragen bestimmt war. Dies führt mit der fortschreitenden Qualitätsentwicklung zu einer sich immer stärker verdichtenden Arbeitsbelastung, zu der der ständig steigende bürokratische Aufwand zum Nachweis und zur steigenden Transparenz der Qualität gefordert wird.

- Die Behandlungspflege für eine Heilbehandlung der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, die als Gesundheitsdienstleistung von den Krankenkassen aus den Krankenversicherungsbeiträgen zu finanzieren ist, ist systemwidrig in der stationären Pflege auf die gedeckelte Finanzierung der Pflegeversicherung abgewälzt worden. Die Folge davon ist, dass die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen mit ihrem Eigenanteil, ggf. der Sozialhilfeträger, die Krankenkassen von diesen Kosten ungewollt freistellen.
- In der ambulanten Pflege herrscht der mit der Pflegeversicherung bewusst eingeführte Wettbewerb, die Pflegeleistungen so preisgünstig wie möglich anzubieten. Daher befürchten die Pflegedienste, dass die Pflegebedürftigen sofort zu einem preisgünstigeren Pflegedienst wechseln, wenn sie einen Preis oberhalb des ortsüblichen Niveaus verlangen würden. In den mit den Kostenträgern vereinbarten Punktzahlen und Punktwerten zur Bemessung des ortsüblichen Preisniveaus der einzelnen Pflegeleistungen sind viele Kostenbestandteile nicht oder nicht ausreichend einkalkuliert. Die aktuellen Diskussionen um eine Finanzierungsbasis für die vom Gesetzgeber nun wieder geforderte „Zeitbezogenheit“ der Pflege im Bereich der Pflegeversicherung belegen die Schwierigkeiten, ein Refinanzierungssystem zu schaffen, das die Interessenlagen der Pflegebedürftigen und der in den Pflegediensten Beschäftigten angemessen berücksichtigt.
- Auch bei der Erbringung von Leistungen der Krankenversicherung wie die Versorgung mit Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die häusliche Krankenpflege nach § 132a Abs. 2 SGB XI oder die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 132d SGB V sind die Pflegedienste ebenfalls oft gezwungen mit unzureichend kalkulierten Leistungsentgelten auszukommen, Kostensteigerungen werden in der Regel unzureichend umgesetzt. So haben zum Beispiel die Pflegedienste in Berlin im Oktober 2010, nachdem die Leistungsentgelte trotz erheblicher Personalkostensteigerungen seit 2007 nicht erhöht worden waren, die AOK Nordost zu Verhandlungen über die Steigerung der Leistungsentgelte aufgefordert. Diese sind im Mai 2011 ergebnislos gescheitert. Obwohl zeitnah das Schiedsverfahren eingeleitet wurde, ist bis heute keine Schiedsperson bestimmt. Das Schiedsverfahren findet nicht statt. Die Leistungsentgelte sind weiter auf dem Stand von 2007.

Diesen hier nur angerissenen grundsätzlichen Defiziten der Tätigkeit in einem Pflegeberuf in der Altenpflege könnte eine Pflegekammer nicht oder nur mit guten Worten politisch entgegenwirken. So hat eine Pflegekammer z. B. keine Kompetenzen bei der Festlegung der Bezahlung der Pflegekräfte, der Festlegung des Personalschlüssels oder der ausreichenden Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen.

Schlussfolgerungen der LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände in Berlin

1. Die drängenden Probleme der Pflege- und Sozialpolitik werden durch eine Pflegekammer keineswegs gelöst.
2. Um eine bestmögliche Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen zu erreichen, arbeiten Pflegekräfte in multiprofessionellen Teams gemeinsam mit Ärzten, Krankengymnastinnen, Apotheken und weiteren Berufsgruppen

zusammen. Eine Pflichtmitgliedschaft zu einer berufsständischen Kammer ist daher in Zeiten höchster Ausdifferenzierung im Pflege- und Gesundheitswesen nicht zielführend.

3. Pflege- und Gesundheitspolitik muss sich an der Vielfalt ihrer Klientel, das heißt der pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Bürgerinnen und Bürger, orientieren und nicht an überkommenen Kammerstrukturen.
4. Durch eine Pflegekammer werden die Fragen nach einer auskömmlichen Bezahlung für die Berufsangehörigen nicht gelöst. Eine Pflegekammer ist weder Tarifvertragspartei noch bei Pflegesatz- oder Gebührenverhandlungen mit den Kostenträgern involviert.
5. Wir haben bereits heute hohe fachliche und pflegepolitische Standards durch bundeseinheitlich gesetzlich geregelte Ausbildungen in den drei Pflegeberufen, durch Weiterbildungs- und Qualifikationsrichtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft, durch Weiterbildungsverordnungen, durch das Wohn- und Teilhabegesetz, das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz und durch hochkarätige von zentralen Stellen anerkannte Fachweiterbildungen (z. B. Wundmanagement, ICW und die Expertenstandards des DNQP). Darüber hinaus wird die Einhaltung der fachlichen Standards unter anderem durch den MDK regelmäßig geprüft und bewertet.
6. Die Entwicklung dieser durch eine Pflegekammer entstehenden zusätzlichen Strukturen kostet viel Geld, das bei der direkten Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen fehlen wird. In Zeiten der Unterfinanzierung der Pflegeeinrichtungen sollte das Geld den betreuten Menschen und den Pflegekräften zugutekommen und nicht eine zusätzliche Bürokratie aufgebaut werden.
7. Die Kosten einer Pflegekammer müssten durch die Beiträge der Mitglieder Berufsgruppe selbst getragen werden. Es wäre völlig unangemessen, die Berufsgruppe durch Zwangsmitgliedschaften, Pflichtweiterbildungen etc. noch mehr belasten und Doppelstrukturen zu finanzieren. Dies würde alle Bemühungen konterkarieren, Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. Mit der Aussicht, seine Berufszulassung nur gegen dauerhafte und kontinuierliche Bezahlung erhalten zu können, werden tatsächlich immer weniger Menschen diesen Beruf ergreifen.

Eine Pflegekammer kann kein Surrogat dafür sein, das sich die Verantwortungsträger aus der finanziellen Verantwortung ziehen, für ordentliche Rahmenbedingungen für Pflegekräfte zu sorgen, sondern diese auch noch finanziell mit ihrer Selbstverwaltung zusätzlich zu belasten.

Liga Fachausschuss Ambulante Dienste

Liga Fachausschuss Altenhilfe