



Universität Vechta
University of Vechta



Marvin Blum, Uwe Fachinger

Vergütung und Refinanzierung von Fachlaufbahnen in der Altenpflege

Discussion Paper 20/2014
Institut für Gerontologie - Ökonomie und Demographischer Wandel

IMPRESSUM

Discussion Paper 20/2014
Institut für Gerontologie - Ökonomie und Demographischer Wandel
Universität Vechta
Oktober 2014

Die Beiträge werden herausgegeben vom
Fachgebiet Ökonomie und Demographischer Wandel

Kontakt
Universität Vechta
Institut für Gerontologie
Fachgebiet Ökonomie und Demographischer Wandel
Driverstr. 23
D-49377 Vechta
Tel.: +49 4441 15 620 oder -627
Fax: +49 4441 15 621
Email: gerontologie@uni-vechta.de

© bei Autorin/Autor 2014 – Alle Rechte vorbehalten.

ISSN 2193-178X

Informationen zu Autoren

Univ.-Prof. Dr. Uwe Fachinger, Professur Ökonomie und Demographischer Wandel,
Institut für Gerontologie, Universität Vechta

Marvin Blum, M.A., wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet „Ökonomie und De-
mografischer Wandel“, Institut für Gerontologie, Universität Vechta

Zusammenfassung

Im Rahmen des Verbundprojekts „KoLaGe - Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege“ wurden in Zusammenarbeit mit den Praxispartnern Fachlaufbahnen in der stationären und ambulanten Altenpflege entwickelt und implementiert. Da Fachpositionen mit einer Zunahme der Arbeitszeit, Freistellungen von (Pflege-) Tätigkeiten oder einer Erhöhung fester oder variabler Entgeltbestandteile (Höherstufungen, Zuschläge, Zulagen etc.) einhergehen können, stellt sich die Frage, inwiefern es einer Refinanzierung von Kosten bedarf und welche Möglichkeiten sich den Einrichtungen diesbezüglich bieten.

Anhand von Expertengesprächen wurden vor diesem Hintergrund Ansatzpunkte für Kosten-Nutzen-Analysen erarbeitet, welche im Hinblick auf vier Fachpositionen in verschiedenen Arbeitsbereichen illustriert werden. Die Analysen sollen dazu verhelfen, die ökonomischen Wirkungen von Fachpositionen objektiv sichtbar zu machen und Aufschluss über die Steigerungen von Qualität, Effizienz und Effektivität sowie die Auswirkungen auf die Personalbindung und -fluktuation sowie krankheitsbedingte Ausfallzeiten liefern. Als Ergebnis kann konstatiert werden, dass transparente Kosten-Nutzen-Nachweise die Basis für die Aushandlung externer Refinanzierungsoptionen darstellen können.

Stichworte

Altenpflege, Fachpositionen, Vergütung, Refinanzierung

Abstract

In the framework of the joint research project “KoLaGe - Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege“ [“KoLaGe - Design of Competence Based Careers in Care”], competence based careers in residential and domiciliary care have been developed and implemented in cooperation with the practice partners. Such specialist positions may require an increase in working hours, releases of (nursing)activities or an increase in fixed or variable tariff pay components (upgradings, surcharges, allowances) giving rise to the question whether refinancing is necessary and what possibilities of refinancing exist.

Based on expert interviews, starting points for cost-benefit analyzes were developed for four competence based career positions in different fields of care work. The analysis will help to make the economic effects of trade positions objectively visible. Furthermore, these analyses can provide information about the improvements of quality, efficiency and effectiveness and the impact on staff retention. Overall, it could be stated that results of a cost-benefit-analysis or the proof of cost-benefit-efficiency can be used as a basis for the negotiation of external funding options.

Keywords

residential and domiciliary care, competence based careers, remuneration, refinancing

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Kosten und Nutzen.....	4
3	Vorgehen	8
3.1	Methode.....	8
3.2	Expertenauswahl	8
3.3	Datenerhebung.....	9
3.4	Auswertung.....	10
4	Trägerspezifische Ergebnisse.....	11
4.1	Anpassung fester Entgeltbestandteile.....	12
4.2	Wundversorgung.....	13
4.3	Palliative Versorgung.....	17
4.4	Praxisanleitung.....	20
4.5	Hygiene.....	22
4.6	Zusätzliche Fachpositionen.....	26
5	Impulse projektexterner Partner	27
5.1	Pflegekassen.....	27
5.2	Gewerkschaften.....	28
5.3	Leistungserbringer	28
6	Zusammenfassung und Ausblick	29
7	Literatur.....	32

1 Einleitung

Die bisherige Analyse hat ergeben, dass in den Tarifverträgen und arbeitsrechtlichen Vereinbarungen Möglichkeiten für eine flexible Entlohnung gegeben sind, so dass prinzipiell die mit den Fachpositionen verbundenen Tätigkeiten in den Tarifverträgen eingeordnet oder auch in Einzelabsprachen geregelt werden können (Blum/Fachinger (2014)). Sowohl eine Zunahme der Arbeitszeit, als auch Freistellungen von (Pflege-) Tätigkeiten oder die Erhöhung fester oder variabler Entgeltbestandteile (Höherstufungen, Zuschläge, Zulagen) sind Aspekte, die sich in den verschiedenen Tarif- und Arbeitsverträgen abbilden lassen. Die Tarifverträge stellen somit kein Hindernis für eine Implementation von Fachpositionen dar.

In Blum/Fachinger (2014) wurde bereits darauf verwiesen, dass es neben der tariflichen fixierten Entlohnungskomponenten auch alternative bzw. außertarifliche Optionen der Einpassung von Beauftragten in die Lohn- und Gehaltsstruktur gibt. Prinzipiell kann somit ein Spektrum an Lösungsansätzen aufgezeigt werden, aus dem jeweils eine auf die konkrete Situation abgestimmte Variante ausgewählt werden kann.

Auf dieser Grundlage gilt es zu klären, inwiefern es innerhalb der einzelnen Fachpositionen einer Refinanzierung von Kosten bedarf und welche Möglichkeiten es dazu unternehmensintern und -extern gibt. So zieht die Implementierung von Laufbahnfunktionen zwangsläufig ökonomische Wirkungen nach sich, die bei einer Beurteilung der Refinanzierung beachtet werden müssten. Auf der einen Seite können durch eine Honorierung z. T. höhere direkte Kosten entstehen, auf der anderen Seite sind Steigerungen der Qualität, Effektivität und Effizienz abzusehen.

Geht man der Frage der Refinanzierung nach, gilt es, eine möglichst detaillierte Analyse der Kosten, die mit der Einführung von Beauftragten potentiell anfallen, vorzunehmen. Neben höheren Kosten für die Qualifikation im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen und gegebenenfalls der zusätzlichen Arbeitszeit bzw. aufgrund des höheren Qualifikationsniveaus, müssen die Opportunitätskosten wie Investitions- und Einführungskosten, betrachtet werden. So sind einerseits Szenarien denkbar, die eine höhere Qualifikation oder mehr Arbeitszeit erfordern und dementsprechend eine Anpassung der Vergütung notwendig werden lassen, um beispielsweise eine Demotivation zu vermeiden bzw. den tarifvertraglichen Regelungen nachzukommen. Andererseits könnte eine Substitution von Arbeitszeit erfolgen, wenn z. B. ein Beauftragter – mit reduzierter Pfl egetätigkeit – die Dokumentation für mehrere Pflegekräfte übernimmt und diese die vormalig für Dokumentationen verwendete Zeit nun für direkte Pfl egetätigkeiten aufwenden. Eine derartige Bündelung von bzw. Spezialisierung auf Tätigkeiten führt prinzipiell zu einer Produktivitätssteigerung in Folge einer höheren Effizienz und Effektivität sowie zu einer Steigerung der Qualität. Neben der u. a. durch die Substitution bedingte (Über-)Kompensation der je nach Ausgestaltung

der Beauftragtenfunktion durch die Umverteilung von Tätigkeiten und den dadurch bedingten Produktivitätssteigerungen, besteht zusätzlich die Option der externen Finanzierung.

Um ein möglichst umfassendes Spektrum an Optionen zu erhalten, wurden zusätzlich Impulse von projektexternen Akteuren, insbesondere den Value-Partnern aus dem Bereich der Pflegekassen, der Gewerkschaften, der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie von Altenhilfeträgern, eingeholt und in die Diskussion eingebunden. Prinzipiell zeigte sich, dass Preiserhöhungen oder eine Verhandlung höherer Pflegesätze naheliegende Optionen bilden. In beiden Fällen ist u. a. die durch die Beauftragtenfunktionen verbesserte bzw. gesicherte Pflegequalität die Grundlage für weitere Argumentationen. Eine notwendige Bedingung für die Akzeptanz der Ergebnisse bei den Verhandlungspartnern ist allerdings, dass die Wirkungen objektiv sichtbar gemacht werden. Hierzu bedarf es prinzipiell allgemein akzeptierter Qualitätskriterien, Indikatoren und adäquater Messkonzepte. Ferner wäre hierfür die Begleitung über die Implementationsphase hinaus erforderlich, um, bezogen auf die verschiedenen Beauftragtenfunktionen, Aufschluss über Steigerungen der Qualität, aber auch der Effizienz und Effektivität zu erhalten. So werden sich bestimmte Wirkungen erst im Routineprozess bzw. Berufsalltag zeigen.

Idealer wäre für die jeweilige Beauftragtenposition eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen. Um diese auf eine möglichst breite und allgemein akzeptierte Basis zu stellen, bedarf es gegebenenfalls der gemeinsamen Entwicklung beauftragtenspezifischer Messkonzepte – auch unter Hinzuziehung externer Experten. Durch ein derartiges Vorgehen wäre die Akzeptanz durch die Verhandlungspartner eher gewährleistet, zumal diese so eher dem Kriterium der Objektivität genügen würden. Die Werte wären durch unabhängige Dritte nachvollziehbar, könnten somit auch überprüft und als Vergleichsbasis herangezogen werden.¹

Die Sinnhaftigkeit derartiger Messkonzepte ist aber nicht nur im Zusammenhang mit der Realisierung externer Refinanzierungsoptionen zu sehen. Vielmehr wäre dies insbesondere für den internen Bereich zur Erfassung der ökonomischen Wirkungen erforderlich. Hierdurch könnten Abschätzungen über die Veränderungen der Qualität, Effektivität und Effizienz der Dienstleistung vorgenommen werden, wozu auch Einschätzungen über die Auswirkungen auf die Personalfluktuation sowie krankheitsbedingte Ausfallzeiten zählen.

Alles in allem werden in Bezug auf die vorliegenden Tarifverträge und die jeweiligen Beauftragten szenarien Refinanzierungsmodelle skizziert, die sich generell auf andere Anbieter übertragen lassen. Diese Konzepte bieten daher eine Blaupause für die

¹ Der Hannoveraner Konsens stellt ein derartiges Konzept zu Evaluationen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung dar, siehe Schulenburg et al. (2007).

Implementation von kompetenzbasierten Laufbahnen, die entsprechend allerdings anwenderspezifisch zu modifizieren wäre. So müsste beispielsweise ein Abgleich der jeweiligen tariflichen Rahmenbedingungen erfolgen um gegebenenfalls adäquate Anpassungen vornehmen zu können.

2 Kosten und Nutzen

Zur Ermittlung und Beurteilung der ökonomischen Wirkungen von Beauftragtenfunktionen sind Kosten-Nutzen-Analysen notwendig. Allerdings bedürfen diese neben der Festlegung des Messkonzeptes einer Beobachtung über den Zeitpunkt der Implementation hinaus. Einerseits mögen sich die in einer Einführungsphase festgestellten Effekte nach der Etablierung als nicht relevant erweisen, andererseits können nach der Etablierung einer Beauftragtenfunktion u. a. aufgrund von Routineverhalten Effekte auftreten, die in der Einführungsphase nicht oder nur eingeschränkt eingetreten sind.

Nichtsdestotrotz lassen sich Dimensionen und Größen bestimmen, welche in eine entsprechende Analyse integriert werden können. Zudem lassen sich erste Abschätzungen möglicher Kosten-Nutzen-Effekte vornehmen.

Bei Kosten-Nutzen-Analyse werden sowohl die Kosten als auch Nutzen monetär bewertet, so dass eine einheitliche Maßeinheit vorliegt und die Nutzen den Kosten gegenübergestellt werden können (Brümmerhoff (2011): 182 ff). Im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Analysen hält Greiner (2008) fest, dass die Perspektive der Untersuchung entscheidend für die Zurechnung und monetären Bewertung von Kosten und Nutzen ist. So können beispielsweise die Kosten und Nutzen einer Beauftragtenfunktion ganzheitlich oder partialanalytisch aus Sicht des Unternehmens, des Arbeitskollektivs oder des Arbeitnehmers betrachtet werden.

Unabhängig von der eingenommenen Perspektive ist dabei zwischen zwei Dimensionen zu unterscheiden. Einerseits sind die direkten und indirekten Kosten bzw. Nutzen zu berücksichtigen und andererseits ist zwischen tangiblen und intangiblen Kosten bzw. Nutzen zu differenzieren (Tabelle 1; siehe ausführlich hierzu etwa Greiner (2008); Margraf (2009)). So wäre aus Unternehmenssicht der Fokus auf die Gewinnmaximierung (unter Einsatz betriebswirtschaftlicher Messkonzepte) ein Beispiel für tangible Kosten und Nutzen. Als Beispiel für intangible Kosten und Nutzen stünden für die Beschäftigten etwa die Auswirkungen auf die Lebensqualität im Vordergrund.

Weiterhin ist zwischen direkten und indirekten Kosten zu differenzieren. Indirekte Kosten und Nutzen können dabei externe Effekte einer Gesundheits- oder Pflegeleistung, wie beispielsweise volkswirtschaftliche Produktivitätsverluste, welche durch bestimmte Krankheiten oder Ereignisse wie Stürze im fortgeschrittenen Alter bedingt werden, darstellen. Um Aufschluss über die verschiedenen Kosten- und Nutzen-

arten aus Sicht der jeweiligen Perspektive zu erhalten wird zwischen direkten und indirekten, sowie tangiblen und intangiblen Kosten und Nutzen unterschieden.

Tabelle 1: Kosten- und Nutzenarten

	Direkte Kosten	Indirekte Kosten
Tangibel	In Rechnung gestellte Kosten für pflegerische Dienste	Nebenkosten einer Leistung Pflegebedürftiger: Transportkosten Volkswirtschaftlich: Verringerung der gesamtwirtschaftlichen Produktivität aufgrund des reduzierten Arbeitsangebots von pflegenden Angehörigen
Intangibel	Unannehmlichkeiten für den Pflegebedürftigen, z. B. Schmerzen	Einbußen an Lebensqualität, beispielsweise auch von Angehörigen.
	Direkte Nutzen	Indirekte Nutzen
Tangibel	Reduktion der Inanspruchnahme weiterer Leistungen	Aufrechterhalten/Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten
Intangibel	Verbesserung der Lebensqualität, beispielsweise Mobilität	Bessere Lebensqualität von Angehörigen

Quelle: In Anlehnung an: Greiner (2008): 52 und Margraf (2009): 17.

Direkte Kosten und Nutzen lassen sich in der Evaluation als die zusätzlichen Ressourcen verstehen, welche unmittelbar mit der Ausführung einer Leistung oder Behandlung aufgewendet werden müssen (Kosten) oder geschont werden können (Nutzen). Unter einer Pflegeleistung können beispielsweise Personalkosten, Medikamentenkosten oder Verwaltungskosten subsumiert werden. Außerdem können direkte Kosten oder Nutzen in einem zweiten Schritt aus Informationen resultieren, welche innerhalb einer Leistung gewonnen wurden. So kann beispielsweise nach einer Dekubitusmessung eine Wundbehandlung erforderlich oder vermieden werden. Weitere direkte Kosten-Nutzen-Effekte können aus Nebenwirkungen resultieren (Greiner (2008)).

Aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive lässt sich dem Humankapitalansatz folgend festhalten, dass Gesundheitsausgaben Investitionen in die Einkommenserzielungskapazität und damit auch in die Erhaltung der Berufsausübungsfähigkeit sind. Demnach kann die Höhe der indirekten Kosten am Verlust des Arbeitspotentials gemessen werden. Greiner führt an, dass indirekte Kosten und Nutzen in diesem Zu-

sammenhang auf Produktivitätsverluste bzw. -gewinne reduziert werden und die Effekte ausschließlich aus der Sicht Dritter (Arbeitgeber, Volkswirtschaft) und nicht aus der individuellen Perspektive (beispielsweise eines Pflegebedürftigen oder Beschäftigten) bewertet werden. Außerdem steht der Bewertung von Produktivitätseffekten aus ethischer Sicht entgegen, dass beispielsweise Hausfrauen, Kindern, Arbeitslosen und Rentnern usw. kein indirekter Nutzen aus Produktivitätssteigerungen zugewiesen werden kann und Erwerbstätige somit systematisch bevorzugt würden. Eine wichtige Weiterentwicklung des Humankapitalansatzes ist nach Greiner im Friktionskostenansatz zu sehen, welcher allerdings die Verbesserung der statistischen Datengrundlagen voraussetzt. Eine objektive Einschätzung und monetäre Bewertung von Produktivitätsminderungen ist vor diesem Hintergrund nur erschwert möglich (Greiner (2008)).

Effekte wie Schmerz, Freude oder physische Einschränkungen sind nur eingeschränkt messbar, entziehen sich daher zunächst der monetären Bewertung und werden als intangible Kosten und Nutzen beschrieben. Im Hinblick auf medizinische und pflegerische Leistungen und deren Evaluationen erscheint es insbesondere vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen wichtig, das Wohlbefinden eines Pflegebedürftigen zu erfassen und entsprechende positive und negative Effekte abzubilden, um die Kosten und Nutzen einer Maßnahme zu beurteilen. Aus diesem Grund wurden nach Greiner beispielsweise zunehmend Lebensqualitätswirkungen von Gesundheitsleistungen in gesundheitsökonomische Wirtschaftlichkeitsanalysen integriert. In Bezug auf Nutzeneffekte bleibt festzuhalten, dass sie sich oftmals in Form von nicht-monetären Größen manifestieren und folglich mittels anderer Kennzahlen ermittelt werden. Das kann in der gesundheitsökonomischen Evaluation etwa anhand von symptomfreien Tagen, von gewonnenen Arbeitstagen, von zusätzlichen Lebensjahren oder anderen gesundheitlichen Verbesserungen geschehen (Greiner (2008)).

Im Rahmen des Projekts stehen die Einführung von Fachpositionen in der Altenpflege und damit verbundene Kosten und Nutzen aus der Perspektive der Leistungserbringer im Mittelpunkt der Betrachtung. Dazu bieten sich verschiedene Analyseformen, wie die Kosten-Nutzen-Analyse, die Kosten-Nutzwert-Analyse und die Kosten-Wirksamkeits-Analyse an. Kosten-Nutzen-Analysen sind die aussagekräftigste Form, setzen aber voraus, dass alle Kosten- und Nutzeneffekte in Geldeinheiten bewertet werden. Schwierigkeiten ergeben sich in diesem Zusammenhang bei der Bewertung von intangiblen Effekten, wie Schmerzen oder Wohlbefinden. Wolke et al. (2007) heben hervor, dass die für die ökonomische Evaluation benötigten Daten prinzipiell mittels sozialwissenschaftlicher Methoden ermittelt werden können.

Anhand des Beispiels der ökonomischen Evaluation der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe von Wolke et al. (2007) lässt sich dies erläutern. So kann eine Ermittlung von Kosten anhand folgender Schritte erfolgen:

1. Erfassung der verwendeten Ressourcen, unabhängig davon, ob sie direkt messbar sind oder nicht,
2. Zusammenfassung und Kategorisierung der Ausprägungen,
3. Monetäre Bewertung der Ressourcen,
4. Erfassung und Berücksichtigung der Kontextbedingungen der Daten, wie auch der zeitlichen Variabilität der Kosten.

Zusammenfassend wären somit Kosten-Nutzen-Analysen zur Evaluation der Einführung von Fachpositionen denkbar. Diese könnten – neben der internen Verwertung der Ergebnisse – zudem ergänzend dazu eingesetzt werden, beispielsweise eine angepasste Vergütung von Fachpositionen gegenüber den Kostenträgern zu rechtfertigen und diese gegebenenfalls extern zu refinanzieren. Die Expertengespräche mit den Projekt- und Personalverantwortlichen auf Trägerebene können in diesem Zusammenhang auch dazu dienen, Aufschluss über die für die Einführung von Fachpositionen verwendeten Ressourcen zu bekommen. Dabei kann auf die Erkenntnisse aus der Analyse des Status quo der Entgeltstrukturen zurückgegriffen werden.

Zum Zeitpunkt der Gespräche wurden bereits verschiedene Fachpositionen implementiert. Allerdings ist die Phase der Implementation nicht abgeschlossen. Die Erfassung der für eine Kosten-Nutzen-Analyse relevanten Dimensionen erfolgt somit z. T. perspektivisch. Es bleibt zu klären, ob Evaluationen tatsächlich in Form von Kosten-Nutzen-Analysen realisiert werden können oder sich eine Konzentration auf eindimensionale Wirkungsgrößen wie krankheitsbedingte Ausfalltage und somit Kosten-Wirksamkeits-Analysen anbieten.

3 Vorgehen

3.1 Methode

Um Aufschluss über die ökonomischen Wirkungen der Implementierung und Honorierung von Fachpositionen geben zu können, wurde in trägerspezifischen Expertengesprächen erörtert, inwiefern es innerhalb der einzelnen Beauftragtenfunktionen einer Refinanzierung entstandener Kosten bedarf und welche Möglichkeiten es dazu unternehmensintern und -extern gibt. Das Experteninterview lässt sich grundlegend als Methode der qualitativen Sozialforschung verstehen. Anhand dieser Methode können nach Liebold und Trinczek „[...] exklusive Einblicke in Strukturzusammenhänge und Wandlungsprozesse von Handlungssystemen, wie etwa in Entscheidungsstrukturen und Problemlösungen von Organisationen und Institutionen [...]“ gegeben und Insider-

Erfahrungen erhoben werden (Liebold/Trinczek (2009): 53). Als Experten werden Personen verstanden, welche Verantwortung „[...] für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und / oder die Kontrolle einer Problemlösung [haben; d. Verf.] [...] und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. [...]“ verfügen (Meuser/Nagel (2009): 470). Meuser und Nagel stellen heraus, dass sich Experteninterviews aufgrund ihrer zeitlichen Effizienz insbesondere für Interviewpartner anbieten, welche nur wenig Zeit für Interviews entbehren können (Meuser/Nagel (2009)).

Das Erkenntnisinteresse der Experteninterviews kann unterschiedliche ausgerichtet sein. Zum einen können die Experten zu ihrem eigenen Handeln und den institutionellen Regeln und somit über das von Meuser und Nagel beschriebene Betriebswissen befragt werden. Zum anderen können Experten Auskunft über die Kontextbedingungen des Handelns anderer geben und somit in Bezug auf ihr Kontextwissen befragt werden (Meuser/Nagel (2009)).

3.2 *Expertenauswahl*

Wenn das Forschungsinteresse auf dem Betriebswissen liegt, stehen Informationen im Mittelpunkt, auf deren Grundlage praktikable Maßnahmen entwickelt werden können, welche nach Möglichkeit nicht an den im Implementationsfeld herrschenden Regeln scheitern. In diesem Zusammenhang sollten „[...] die interviewten Experten Entwickler und Implementeure, die an entscheidender Stelle Verantwortung dafür tragen, dass Programme und Maßnahmen entwickelt, verabschiedet und umgesetzt oder aber auch blockiert werden [sein; d. Verf.] [...]“; Meuser/Nagel (2009): 471. Steht nicht das Handeln der Experten, sondern der Gegenstand, auf den das Expertenhandeln gerichtet und somit ihr Kontextwissen im Fokus, sollten die Experten durch ihre Tätigkeit entsprechendes Sonderwissen erworben haben. Die Erhebung von Kontextwissen wird vornehmlich dazu eingesetzt zusätzliche Informationen zu gewinnen und eignet sich als Ergänzung zu anderen Erhebungen (Meuser/Nagel (2009)).

Vor dem Hintergrund der Einführung von Fachpositionen wurden die Projekt- und Personalverantwortlichen auf Trägerebene als Experten ausgewählt, da einerseits die Verantwortung und Kontrolle der Implementierung von Fachpositionen bei Ihnen liegt und sie andererseits umfangreiches Wissen über die Pflgetätigkeit, das Pflegepersonal und die trägerspezifischen Entgeltstrukturen haben. Der Fokus liegt somit auf dem Betriebswissen der Akteure.

Außerdem wurden Vertreter der sogenannten Value Partner sowie zusätzlicher Institutionen, zu denen sich Kontakte während der Projektlaufzeit ergaben,² als Experten

² Hierzu gehören Pflegekassen, Gewerkschaften, Deutsche Rentenversicherung sowie Leistungserbringer.

herangezogen, da sie über umfangreiches Kontextwissen im Altenpflegesektor verfügen. Hierzu gehören insbesondere Kenntnisse über aktuelle Rechtsprechungen, Auslegungen von Gesetzen und Verordnungen oder Verhandlungsmechanismen in Bezug auf die Finanzierung von Dienstleistungen.

3.3 Datenerhebung

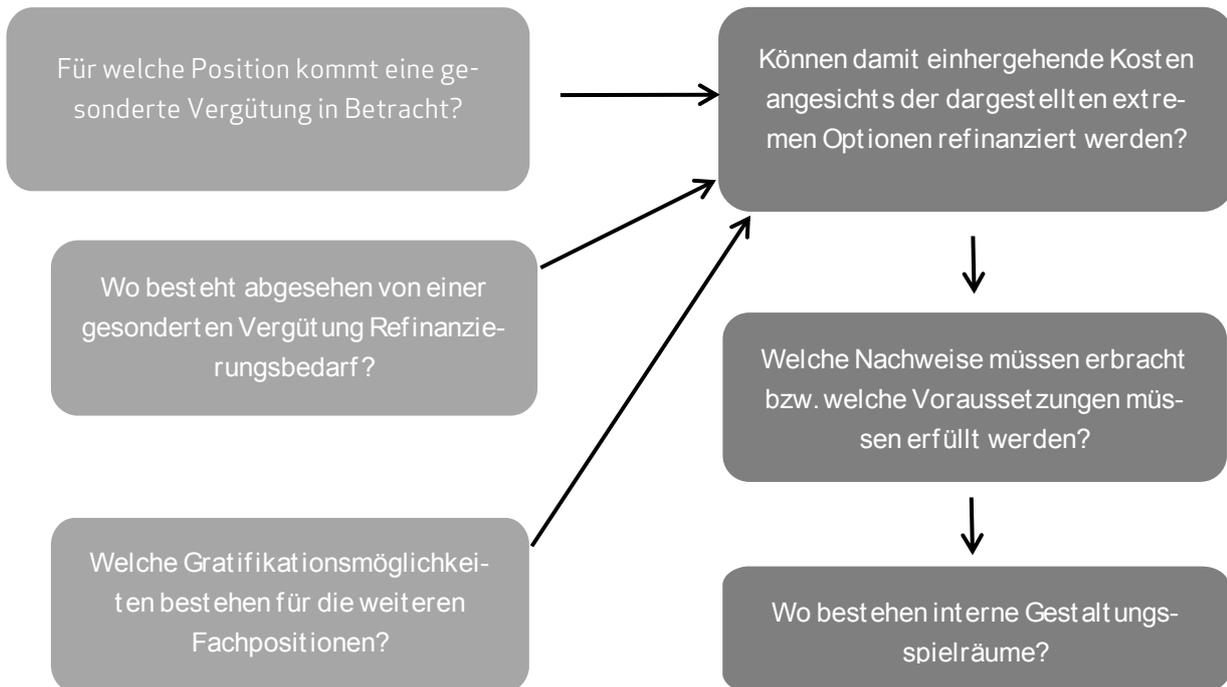
Die Datenerhebung fand leitfadengestützt statt, wobei die wesentliche Vorarbeit zur Erstellung des Leitfadens im Rahmen der Analyse der Lohn- und Gehaltsstrukturen anhand der gesetzlichen sowie tarifvertraglichen Rahmenbedingungen erfolgte. Der Leitfaden war so gestaltet, dass er eine thematische Struktur für das Interview gewährleistete und sowohl eine inhaltliche Fokussierung als auch hinreichend Raum für eine Eigenpräsentation der Experten ermöglichte. Da sich die Fachpositionen potentiell trägerspezifisch unterscheiden, musste der Leitfaden diesbezüglich anpassungsfähig sein und setzte direkt an den im Rahmen von projektinternen Treffen aller Verbundpartner kommunizierten Erkenntnissen an. Die Konstruktion des Leitfadens fand zudem unter der Berücksichtigung der ökonomischen, regionalen und konzernspezifischen Rahmenbedingungen statt, so dass die Fragestellungen hinreichend konkretisiert waren (Liebold/Trinczek (2009)).

Der Fragebogen war auf zwei Gruppen von Experten ausgerichtet: einerseits wurden die Projekt- bzw. Personalverantwortlichen der jeweiligen am Projekt beteiligten Institutionen befragt, andererseits fanden Interviews mit externen Experten statt.

Im Hinblick auf die Expertengespräche mit den Projekt- und Personalverantwortlichen der Verbundpartner wurden neben den tariflichen und gesetzlichen Aspekten auch Informationen über die Betriebsgeschichte, die Struktur der Belegschaft und Informations- und Kommunikationsstrukturen gewonnen und eingebunden. Anhand der dort herausgearbeiteten Aspekte ließen sich verschiedene Szenarien der Vergütung und Refinanzierung von Fachpositionen erstellen. Die Struktur der Gespräche lässt sich vereinfacht dargestellt an Abbildung 1 nachvollziehen und verdeutlicht, dass Betriebswissen erfragt wurde.

Die Expertengespräche mit den projektexternen Akteuren waren auf das Kontextwissen ausgerichtet und fokussierten lediglich die in der Abbildung 1 rechts dargestellten Dimensionen, ohne dabei einzelne Fachpositionen herauszugreifen. Vielmehr wurden bei Bedarf weitere Differenzierungen der Dimensionen vorgenommen, wie etwa eine weitere Unterteilung der verschiedenen Kostenarten, z. B. Kosten für Qualifizierungen oder Personalkosten.

Abbildung 1: Thematische Struktur der Expertengespräche



Quelle: Eigene Darstellung.

3.4 Auswertung

Die Auswertung erfolgte, indem die thematisch vergleichbaren Passagen entsprechend der Kodierung aus den verschiedenen Interviews gebündelt wurden. Die Analyse wurde unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des jeweiligen Trägers durchgeführt, die bei der Bewertung der Ergebnisse entsprechend zu beachten sind.

4 Trägerspezifische Ergebnisse

Eine Betrachtung der Gesamtheit der implementierten Fachpositionen im Zusammenhang mit der Qualifikation und der Fort- und Weiterbildung verdeutlicht, dass Fachpositionen sich auf unterschiedlichen Ebenen ansiedeln lassen, welche maßgeblich für eine gesonderte Vergütung sein können. Die Tabelle 2 veranschaulicht die Zuordnung idealtypisch. Unterschieden wird hierbei zwischen dem Ausmaß der zur Erfüllung der Fachposition erforderlichen Fort- und Weiterbildung.³ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Zuordnung von Fachpositionen zu den Qualifikationsniveaus sich zwischen den Praxispartnern aufgrund der verschiedenen Pflegesektoren

³ Die beruflichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind im Altenpflege- und Gesundheitssektor sehr heterogen geregelt (Weiterführend: Hilbert et al. (2014), Bräutigam et al. (2013), Zöller (2012), Becker (2000)). Unter Weiterbildungen werden in der Praxis umfangreiche, z. T. mehrtätige Maßnahmen verstanden, welche zertifiziert und teilweise bundes- oder landesrechtlich geregelt sind. Als Fortbildungen gelten in der Praxis vornehmlich Maßnahmen, welche weniger umfangreich sind, selten zertifiziert werden und oftmals träger- bzw. einrichtungsintern umgesetzt werden.

(ambulant/stationär) und Einrichtungsgrößen unterscheidet. Bestimmte Tätigkeiten, so beispielsweise die Pflegeplanung, unterscheiden sich deutlich zwischen den Pflegesektoren, wohingegen andere Tätigkeiten wie das Ausbildungsmanagement erst ab einer gewissen Einrichtungsgröße zu Fachpositionen gebündelt werden können.

Tabelle 2: Zuordnung von Fachpositionen zu den Qualifikationsniveaus

Qualifikation	Umfang der Fort- und Weiterbildung	Tätigkeitsbereiche von Fachpositionen
Pflegefachkraft	umfangreich	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiene • Gerontopsychiatrie • Palliative Versorgung • Ausbildung und Praxisanleitung • Wunden • Qualität • Pflegeberatung
	durchschnittlich	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinprodukte • Ernährung • Pflegeplanung
Pflegehilfskraft	durchschnittlich	<ul style="list-style-type: none"> • Zahngesundheit • Lager • Kontinenz
Hilfskraft	durchschnittlich	<ul style="list-style-type: none"> • Fuhrpark

Quelle: Eigene Darstellung.

4.1 Anpassung fester Entgeltbestandteile

Die qualifikatorischen Aspekte sind allerdings nicht allein ausschlaggebend für eine Anpassung fester Entgeltbestandteile, sondern es spielen auch die Nachfrage nach entsprechenden Tätigkeiten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die Refinanzierungsoptionen der laufenden Personal- und Weiterbildungskosten eine Rolle. Wie dargelegt, kann allerdings schon durch die Ausübung der Tätigkeit sowie infolge einer Aus- und Weiterbildung u. a. aufgrund tarifvertraglicher Vereinbarungen eine Anpassung der Vergütung erforderlich werden. Diese Vergütungsanpassung von Fachpositionen kann dabei auf verschiedenen Wegen (Blum/Fachinger (2014)).

Eine Möglichkeit besteht in der Anpassung fester Entgeltbestandteile gemäß der tarifvertraglich festgelegten Entgelttabelle. Dies kann durch die Gewährung einer Zulage oder durch die Einordnung in eine höhere Entgeltgruppe geschehen, wobei prinzipiell auch ein schrittweises Vorgehen, d. h. zunächst die Bewilligung einer Zulage und längerfristig eine Höhergruppierung, denkbar ist. Die Höhe der zusätzlichen unmittelbaren direkten Kosten für feste Entgeltbestandteile entspricht der Höhe der

Zulage bzw. dem Differenzbetrag zwischen den Entgeltgruppen. Die Auswertung der Expertengespräche zeigt, dass diese Form der Vergütung insbesondere für Personen in Fachpositionen in Betracht kommt, welche sowohl eine examinierte Pflegefachkraftausbildung als auch eine umfangreiche, zertifizierte Weiterbildung im jeweiligen Tätigkeitsbereich der Fachposition erfolgreich absolviert haben.

Gleichermaßen besteht für diese Fachpositionen bei Teilzeittätigkeiten die Möglichkeit der Anpassung durch arbeitszeitliche Regelungen und damit des Entgeltes, wenn sich die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durch das Bekleiden einer Fachposition erhöht.

Sofern zusätzliche Kosten infolge einer Qualifizierung, durch zusätzliche Arbeitszeit, höhere Qualifikationsniveaus oder Opportunitätskosten⁴ auftreten, bedarf es im Prinzip einer externen Finanzierung. Dazu wäre es gegebenenfalls sinnvoll, Aufschluss über die Steigerungen von Qualität, Effizienz und Effektivität zu erhalten, um diese in Verhandlungen mit dem Kostenträger zu nutzen. Dabei sollte eine Evaluation pro Fachposition erfolgen, damit die Refinanzierung der Vergütung einzelner Fachpositionen ausgehandelt werden kann.

Die grundsätzliche Notwendigkeit und der Umfang der Finanzierung von Fachpositionen kann anhand einer Kosten-Nutzen-Analyse verdeutlicht werden. Daher werden im Folgenden Ansatzpunkte für Kosten-Nutzen-Analysen in Bezug auf Fachpositionen in vier Bereichen herausgearbeitet, für die eine gesonderte Vergütung vorgesehen ist. Als Grundlage dienen dazu u. a. die Expertengespräche, aus denen Kosten- und Nutzeneffekte extrahiert wurden.

4.2 Wundversorgung

Die Implementierung einer Fachposition im Bereich der Wundversorgung verfolgt das Ziel der Durchführung und Gewährleistung qualitätsorientierter Wundbehandlungen unter der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sowie der rechtlichen Vorgaben⁵ und (verbindlichen) Standards⁶.

Das Tätigkeitsspektrum der Fachposition beinhaltet die

- Mitgestaltung der Ablauforganisation im Bereich Wundversorgung,
- fachliche Weisungsbefugnis in Bezug auf das Wundmanagement gegenüber den Pflegefachkräften und pflegerischen Hilfs- und Assistenzkräften,
- Koordination mit Arztpraxen, externen Wundberatungen, Apotheken, Lieferanten und externen Dienstleistungen.

⁴ Beispielsweise die mit der Implementation einer Fachposition potentiell verbundenen Investitions- und Einführungskosten.

⁵ Vgl. §§ 112 Abs. 2, 113a Abs. 3, 114 SGB XI.

⁶ Siehe beispielsweise Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2009) oder Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010).

Fachliche Anforderungen bestehen neben der Voraussetzung einer examinierten Pflegeausbildung in der Weiterbildung zum Wundexperten.⁷

Das Zeitkontingent, welches für die Ausführung der Fachposition benötigt wird, ist zunächst unbestimmt, da die erforderliche Zeit je nach Wundanzahl und Umfang variiert. Zu Beginn der Implementation wurde daher das Zeitkontingent auf drei Wochenstunden festgelegt. Zur entsprechenden Justierung werden innerhalb der Implementationsphase wöchentliche Durchschnittszeiten ermittelt, um letztendlich ein angemessenes Zeitkontingent bestimmen zu können.⁸ In ambulanten Einrichtungen sollte die Wundversorgung durch die Stelleninhaber der Fachpositionen zudem in den Tourenplänen berücksichtigt werden, wodurch unter Umständen zusätzliche Wegstrecken anfallen können, die den Zeitaufwand zusätzlich erhöhen würden.

Kosten ergeben sich aus der Perspektive des Unternehmens im Zusammenhang mit dieser Fachposition vor allen Dingen durch die Ausgaben für die Weiterbildung. Neben der Teilnahmegebühr fallen Kosten für die Freistellung und für die Reise, Unterkunft und Verpflegung an. Neben diesen einmaligen Aufwendungen kann es zu Erhöhungen der Personalkosten kommen, wenn sich die gesamtbetriebliche Arbeitszeit infolge einer Zunahme der individuellen Arbeitszeit erhöht. Ebenso hätte eine Anpassung der Vergütung im Falle einer höherwertigen Tätigkeit eine Erhöhung der Kosten zur Folge.

In den Expertengesprächen wird hervorgebracht, dass der Bedarf nach einem Wundexperten in den vergangenen Jahren stetig gewachsen sei, was nicht zuletzt auf die Anpassungsprozesse in Folge der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2003 zurückgeführt wird, da Patienten früher aus den Krankenhäusern entlassen werden⁹ und dadurch das durch die Pflege zu versorgende Wundspektrum deutlich komplexer geworden sei. Die entsprechenden Regelungen innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung sollten dementsprechend angepasst werden.

Genauere Zahlen zur Dekubitusinzidenz liegen im Prinzip nicht vor, da der Dekubitus häufig nur als Nebendiagnose gehandhabt wird.¹⁰ In Folge der Alterung der Bevölke-

⁷ Siehe beispielsweise Initiative Chronische Wunden e. V. - ICW.

⁸ Wolke et al. (2007) gehen von einem Erhebungszeitraum von drei Jahren aus, falls keine Inzidenzraten vorliegen; Wolke et al. (2007): 171.

⁹ Siehe z. B. Bundesregierung (2009): 55 f., sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): 138, und Statistisches Bundesamt (2013c): 10.

¹⁰ Im Jahr 2012 wurde beispielsweise bei 13.275 vollstationär untergebrachten Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser als Hauptdiagnose L89 Dekubitalgeschwür und Druckzone diagnostiziert (Statistisches Bundesamt (2013a): 56) und bei 82 vollstationär untergebrachten Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wohingegen dies als Nebendiagnose bei 388.984 Personen in Krankenhäusern konstatiert wurde (Statistisches Bundesamt (2013b): 21). Insgesamt wurde somit im Jahr 2012 bei 402.341 Personen ein Deku-

rung, der potentiell steigenden Lebenserwartung und der Zunahme von Risikoerkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus¹¹ und Gefäßkrankheiten, wird aber mit einer zunehmenden Inzidenz gerechnet. Die Prävalenz wird in deutschen Pflegeheimen auf zwanzig Prozent geschätzt und ist über die Jahre rückläufig.¹²

Der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ stellt die Versorgung von Menschen mit Dekubitus, Diabetischem Fußsyndrom und gefäßbedingtem Ulcus cruris in den Vordergrund (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2009): 9), da es sich hierbei um die drei häufigsten Wundarten handelt, mit denen Pflegefachkräfte befasst sind. Besondere Herausforderungen der Prävention und Behandlung von chronischen Wunden können in der ambulanten Versorgung daraus resultieren, dass Angehörige oftmals ungenügend für die entsprechenden Bedarfe von Pflegebedürftigen sensibilisiert sind.¹³

Um den Bedarf einer Fachposition in diesem Bereich herauszustellen, müssten trägerspezifisch Daten in Bezug auf die gestiegene Häufigkeit und Komplexität von zu versorgenden chronischen Wunden ermittelt werden. Eine Risikobeurteilung der Bewohner könnte dabei in Anlehnung an Lahmann/Kottner (2012) stattfinden. Diese haben im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens in Hamburger Einrichtungen der (Alten-)Pflege aufgezeigt, dass gemäß der Norton-Skala durchschnittlich 47 Prozent der Pflegebedürftigen ein erhöhtes Dekubitusrisiko aufweisen (Lahmann/Kottner (2012): 8).

Die Kosten, welche mit einer Fachposition im Bereich der Wundversorgung einhergehen, können als entscheidendes Hindernis einer Implementation betrachtet werden, wenn diese nicht refinanziert werden können. Um hierrüber zu weiterreichenden Kenntnissen zu gelangen, wären allerdings nicht nur die direkten Kosten, d. h. die Ausgaben für die Zulagen oder für die Höhergruppierung, zu berücksichtigen, sondern es müsste eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt werden.

Für die Durchführung von Kosten-Nutzen-Analysen für eine Fachposition im Bereich der Wundversorgung wäre eine monetäre Bewertung der in Tabelle 3 beispielhaft aufgelisteten Positionen vorzunehmen. Dazu gehören neben den direkten Kosten beispielsweise diejenigen Ausgaben, die durch die Einführung der Fachposition vermieden werden können. Ferner würde eine monetäre Einschätzung der Auswirkungen auf die Personalfuktuation sowie krankheitsbedingte Ausfallzeiten dazu gehören.

bitalgeschwür und / oder eine Druckzone festgestellt. Angaben zur Zahl der nicht vollstationär oder in Pflegeheimen untergebrachten Personen mit diesen Diagnosen liegen (uns) nicht vor.

¹¹ Heidemann et al. (2012).

¹² Siehe ausführlich hierzu Lahmann/Kottner (2012), Kottner et al. (2011).

¹³ Huhn (2010).

Tabelle 3: Kosten und Nutzen im Bereich Wundversorgung aus Sicht der Unternehmen

	Direkte Kosten	Indirekte Kosten
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten <ul style="list-style-type: none"> • Lohnsatz • Zeitkontingent • Material und Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungskosten • Personalauswahlgespräche • Qualifizierung des Personals • Freistellung für die Qualifizierung • Teilnahmegebühren der Qualifizierungsmaßnahme • Zusätzliche Fahrtkosten
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Unannehmlichkeiten für den Pflegebedürftigen, z. B. Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbußen an Lebensqualität, beispielsweise auch von Angehörigen • demotivierende Auswirkungen auf das Pflegeteam durch die fachliche Weisungsbefugnis
	Direkte Nutzen	Indirekte Nutzen
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Ersparnisse infolge einer verbesserten Qualität der Wundversorgung bei <ul style="list-style-type: none"> • Arztbesuche • Krankenhausaufenthalte • Aufwendungen für zusätzliche (Notfall-) Maßnahmen • Schadensersatz (Gerichtsurteile) • Zeitliche Entlastung des Pflegeteams und der Einrichtungsleitung durch <ul style="list-style-type: none"> • Begutachtung der Wunde • Planung und Einleitung der Wundversorgung • Materialauswahl und -kontrolle • Ernährungsanpassung • Mobilisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivitätsgewinne • Qualitätssteigerungen • Wettbewerbsvorteile <ul style="list-style-type: none"> • Belegung • Nachwuchspersonal • Anleitung und Einweisung der Pflegefachkräfte in die Wundversorgung • Unterstützung und Beratung der pflegerischen Hilfs- und Assistenzkräfte

	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen • Koordination mit externen Akteuren • Wundvisiten • Anfordern von Verordnungen und Rezepten 	
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • verringerte physische Belastung, • Reduzierung der psychischen Überforderung • Arbeitsmotivation des Stelleninhabers 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszufriedenheit der Pflegenden • Arbeitsmotivation des Stelleninhabers • Geringere Personalfuktuation • Lebensqualität der Bewohner / Kunden

Quelle: Eigene Darstellung.

Beispielhaft für eine Kosten-Nutzen-Analyse sei auf die Untersuchung von Wolke et al. (2007) hingewiesen. Als direkte Nutzen werden in der Analyse der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe Kosten verbucht, welche entstehen würden, wenn die Einrichtung den Nationalen Expertenstandard nicht einführt und verstärkt Dekubitalulcera auftreten. Als Anhaltspunkt zur Ermittlung des quantitativen Ausmaßes an notwendigen Dekubitusbehandlungen zur Ableitung der Kosten wurde festgehalten: „[...] In einer Referenzeinrichtung leiden innerhalb des Berechnungszeitraumes 1,77 Bewohnerinnen und Bewohner an einem Dekubitus Grad 1, 0,88 Bewohnerinnen und Bewohner an Grad 2, 0,61 Bewohnerinnen und Bewohner an Grad 3 und 0,14 an Grad 4 [...]“; Wolke et al. (2007): 171. Mit Hilfe der Anzahl der täglichen Lagerungen, einer Berechnung von 0,08 Arbeitsstunden (5 Minuten) pro Positionswechsel und einem Lohnsatz von beispielsweise 30,00 Euro pro Stunde) lassen sich Anteile der Kosten einer Dekubitusversorgung ermitteln.¹⁴ Als Nutzen wurden u. a. die geringeren Ausgaben aufgrund einer verringerten Anzahl an Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und reduzierten Schadensersatzansprüchen berücksichtigt (Wolke et al. (2007): 170).

¹⁴ Dabei ist allerdings zu beachten, dass grundsätzlich die Anzahl der täglichen Positionswechsel abhängig vom Dekubitusgrad ist und sich auf der Basis des Hautzustandes für die Betroffenen individuelle Lagerungsintervalle ergeben (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010)). Bezüglich des Stundenlohns gehen Wolke et al. (2007): 165 auf der Basis einer Referenzeinrichtung von 30,00 Euro pro Stunde für eine Fachkraft und 22,00 Euro pro Stunde für eine Pflegehilfskraft aus.

4.3 Palliative Versorgung

Insgesamt gesehen kommt stationären und ambulanten Einrichtungen eine bedeutende Rolle in der Pflege von Sterbenden zu. Die Relevanz einer palliativen Versorgung im Bereich der Altenpflege mag grundsätzlich zunehmen und damit auch die Notwendigkeit der Einführung einer Fachposition. Im Bereich Palliativversorgung wird der gestiegene Bedarf insbesondere durch die erhöhten Sterberaten in den Pflegeheimen deutlich, aber auch durch weitere Aspekte, wie die Anzahl der PEG-Sonden, ethische Fallbesprechungen etc.

Aus einer Befragung von Heimen in Hessen geht hervor, knapp 70 Prozent der Bewohner von Altenheimen dort auch sterben (Gronemeyer (2007)). Schneekloth und Törne konstatieren, dass etwas mehr als ein Fünftel (22 Prozent) der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner innerhalb der ersten sechs Monate und insgesamt etwa ein Drittel (29 Prozent) innerhalb des ersten Jahres nach dem Einzug in das Heim verstirbt (Schneekloth/Törne (2007): 132). Klinkhammer stellt heraus, dass zwar zu meist der Wunsch besteht, zu Hause zu sterben, jedoch die Anzahl der Menschen, die in einer Einrichtung zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sterben möchten, zunimmt (Klinkhammer (2012: 547): A 2405).¹⁵

Mit der Einführung einer Fachposition im Bereich Palliative Versorgung soll die Durchführung und Gewährleistung einer angemessenen und qualitätsorientierten Palliativversorgung unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden. Dementsprechend wird, vergleichbar zu Fachposition der Wundversorgung,

- eine Mitgestaltung der Ablauforganisation in der palliativen Versorgung,
 1. eine fachliche Weisungsbefugnis in Bezug auf palliative Versorgung gegenüber den Pflegefachkräften und pflegerischen Hilfs- und Assistenzkräften der Einrichtung sowie
 2. die Kooperation mit Arztpraxen, Apotheken, dem Fachhandel, Seelsorgern, Palliativmedizinern und Hospizvereinen bzw. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
 3. vorgesehen.

Die Anforderungen der Praxispartner bestehen, neben der Voraussetzung einer examinierten Pflegeausbildung, in der erfolgreichen Teilnahme an einer umfangreichen Weiterbildung zum Experten für Palliativversorgung mit mindestens 160 Stunden.¹⁶ Wie auch bei der Fachposition im Bereich der Wundversorgung variiert das Zeitkontingent, welches für die Ausführung der Fachposition für Palliativversorgung be-

¹⁵ Siehe ausführlich hierzu beispielsweise Schindler (2006).

¹⁶ Siehe beispielsweise LfK Weiterbildungsgesellschaft für Pflegeberufe mbH (2014): 98.

nötigt wird. Daher wäre auch hier innerhalb der Implementationsphase beispielsweise eine wöchentliche Durchschnittszeit zu ermitteln, um ein angemessenes Zeitkontingent bestimmen zu können.

Die direkten Kosten setzen sich vergleichbar zu denen der Fachposition im Bereich Wunderversorgung aus einmaligen Kosten für die Teilnahme an der Weiterbildung – Teilnahmegebühr, Freistellung und Kosten für Reise und Unterkunft sowie Verpflegung – und laufenden Kosten in Folge einer potentiellen Erhöhung fester Entgeltbestandteile zusammen. Der Nutzen einer Fachposition kann vor allem in der Verbesserung der Qualität in der Palliativversorgung gesehen werden.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Hinblick auf eine Fachposition im Bereich Palliative Versorgung müsste somit berücksichtigen, welche Kosten im Bereich der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden durch die Implementierung einer Fachposition eingespart werden können. Einsparungen würden wiederum als Nutzen verstanden.

Tabelle 4: Kosten und Nutzen im Bereich Palliative Versorgung aus Sicht der Unternehmen

	Direkte Kosten	Indirekte Kosten
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten <ul style="list-style-type: none"> • Lohnsatz • Zeitkontingent • Material und Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungskosten • Personalauswahlgespräche • Qualifizierung des Personals • Freistellung für die Qualifizierung • Teilnahmegebühren der Qualifizierungsmaßnahme • Zusätzliche Fahrtkosten
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Unannehmlichkeiten für den Pflegebedürftigen, z. B. Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbußen an Lebensqualität, beispielsweise auch von Angehörigen • demotivierende Auswirkungen auf das Pflorgeteam durch die fachliche Weisungsbefugnis
	Direkte Nutzen	Indirekte Nutzen
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Ersparnisse infolge einer verbesserten Qualität der Palliativversorgung bei <ul style="list-style-type: none"> • Arztbesuchen • Krankenhausaufenthal- 	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivitätsgewinne • Qualitätssteigerungen • Wettbewerbsvorteile <ul style="list-style-type: none"> • Belegung

	<p>ten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendungen für zusätzliche (Notfall-) Maßnahmen • Schadensersatz (Gerichtsurteile) <ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung vorliegender Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten und Erstellung eines Notfallbogens • zeitliche Entlastung des Pflegeteams und der Einrichtungsleitung durch <ul style="list-style-type: none"> • Palliative Pflegeanamnese • Planung und Einleitung der Wundversorgung • Schmerzmanagement • Symptomkontrolle • Spezielle palliativ-pflegerischer Konzepte • Sterbebegleitung • Angehörigenberatung • Vermittlung externer Akteure • Versorgung Verstorbener 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachwuchspersonal
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • verringerte physische Belastung, • Reduzierung der psychischen Überforderung • Arbeitsmotivation des Stelleninhabers 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der einrichtungsspezifischen Abschiedskultur • Arbeitszufriedenheit der Pflegenden • Geringere Personalfuktuation • Lebensqualität der Bewohner

Quelle: Eigene Darstellung.

4.4 Ausbildung und Praxisanleitung

Grundsätzlich ist eine Praxisanleitung in den Ausbildungsordnungen¹⁷ geregelt und zielt auf die Förderung der Entwicklung der Auszubildenden in fachlicher und persön-

¹⁷ Vgl. § 2 Abs. 2 Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418), die zuletzt durch Artikel 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.

licher Hinsicht. Die im Projekt entwickelten Fachpositionen im Bereich der Ausbildung und Praxisanleitung unterscheiden sich trägerspezifisch.¹⁸ Auf der einen Seite kann das Tätigkeitsspektrum einer Fachposition für Praxisanleitung so ausgerichtet sein, dass die Praxisanleitung gemäß den Ausbildungsordnungen gebündelt übernommen wird und Stelleninhaber als Lehrpersonen in einem Ausbildungsbetrieb fungieren. Auf der anderen Seite kann innerhalb einer Fachposition im Bereich der Ausbildung und Praxisanleitung eine koordinierende Rolle ausgeführt werden, welche darauf ausgerichtet ist, die Praxisanleitung und somit die praxisbezogenen Lehrpersonen und Auszubildenden sowie die Kooperation mit Altenpflegeschulen zu steuern.

Voraussetzungen für die Ausführung ist mindestens eine abgeschlossene Berufsausbildung als Altenpfleger mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der Alten-, Gesundheits- oder Krankenpfleger und einer berufspädagogischen Fort- oder Weiterbildung im Umfang von 200 Stunden. Die Voraussetzungen werden auch dann erfüllt, wenn der Stelleninhaber eine Pflegefachkraft mit abgeschlossener Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen nach § 71 SGB XI ist.¹⁹

Bei der Implementation der Fachposition wurde bezüglich des dafür vorgesehenen Zeitkontingents ebenfalls provisorisch vorgegangen und zunächst fünf bis acht Stunden wöchentlich veranschlagt. Die tatsächlich dafür vorzusehende Stundenzahl wird während der Implementationsphase eruiert. Dabei sind die Zeiten der Praxisanleitung in Form von Anleitungsstunden vorgeschrieben. So ist in Erlässen des Landesministeriums bereits geregelt, dass zehn Prozent der Praxisstunden einer Ausbildung Anleitungsstunden sein müssen.²⁰

Die Kosten setzen sich ähnlich wie bei den bereits beschriebenen Fachpositionen aus einmaligen Kosten für die Teilnahme an der Weiterbildung – Teilnahmegebühr, Freistellung und Kosten für Reise, Unterkunft und Verpflegung – und laufenden Kosten für die potentielle Erhöhung fester Entgeltbestandteile zusammen, da prinzipiell eine gesonderte Vergütung vorgesehen ist.

Im Hinblick auf die dadurch entstehenden zusätzlichen Personalkosten und deren Finanzierung ist zu beachten, dass die Anleitungszeiten innerhalb der Pflegesätze refinanziert werden. Eine gesonderte Vergütung einer Fachposition im Bereich Ausbildung und Praxisanleitung muss dennoch mit den Kostenträgern ausgehandelt werden, wenn sie vollständig extern refinanziert werden soll. Eine weitere Möglichkeit wird von den Experten in Altenpflegeausgleichsverordnungen (AltPfl

¹⁸ Vgl. Werner et al. (2013): 11.

¹⁹ Siehe Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008): 13 ff.

²⁰ Siehe Niedersächsisches Ministerialblatt (Nds. MBl.) (2014), Jg. 64, Nr. 23: 446.

AusglVO) gesehen, welche bereits als Landesnormen in verschiedenen Bundesländern Anwendung finden.²¹

Der Nutzen einer Fachposition kann vor allem in der Verbesserung der Qualität der Ausbildung gesehen werden. Ein gesteigener Bedarf in diesem Bereich kann vor allen Dingen an den komplexer gewordenen Ausbildungsinhalten und -zielen festgemacht werden. Vor dem Hintergrund der Praxisanleitung wird von den befragten Expertinnen und Experten allerdings der größte Nutzen in der Rekrutierung und Bindung des eigenen Nachwuchses gesehen, da so sichergestellt werden kann, dass gut ausgebildete Fachkräfte gehalten werden.

Auf der Grundlage der in Tabelle 5 aufgeführten Ansatzpunkte können Kosten-Nutzen-Analysen vorgenommen werden, die in saldierender Betrachtung in die Verhandlungen mit den Kostenträgern eingebracht werden könnten.

Tabelle 5: Kosten und Nutzen im Bereich Praxisanleitung aus Sicht der Unternehmen

	Direkte Kosten	Indirekte Kosten
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten <ul style="list-style-type: none"> • Lohnsatz • Zeitkontingent • Lehrmaterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungskosten • Personalauswahlgespräche • Qualifizierung des Personals • Freistellung für die Qualifizierung • Teilnahmegebühren der Qualifizierungsmaßnahme • Zusätzliche Fahrtkosten
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Beanspruchungen • 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbußen an Lebensqualität, beispielsweise auch von Angehörigen
	Direkte Nutzen	Indirekte Nutzen
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Effiziente Durchführung der Praxisanleitung • Effektivere Praxisanleitung • Zeitliche Entlastung des Pflege Teams und der Einrichtungsleitung durch <ul style="list-style-type: none"> • Tourenplanung bzgl. Einsatz der Auszubil- 	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivitätsgewinne • Verbesserung der Qualität der Ausbildung und Praxisanleitung • Wettbewerbsvorteile <ul style="list-style-type: none"> • Belegung • Nachwuchspersonal

²¹ Siehe beispielsweise AltPflAusglVO (Nordrhein-Westfalen), AltPflAGVVO (Rheinland-Pfalz) oder AltPflAusglVO (Baden-Württemberg).

	<ul style="list-style-type: none"> denden • Vorbereitung und Durchführung von Praxisanleitungen • Koordination der Zusammenarbeit/ Absprache mit Schulen 	
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • verringerte physische Belastung, • Arbeitsmotivation des Stelleninhabers 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszufriedenheit der Pflegenden • Geringere Personalfuktuation • Lebensqualität der Bewohner

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5 Hygiene

Prinzipiell stellt die Gewährleistung einer adäquaten Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen eine große Herausforderung dar. So üben Infektionskrankheiten einen großen Einfluss auf die Morbidität und Letalität der Bewohner aus, wie Ruscher et al. in ihrer Untersuchung zu Infektionen insbesondere durch mehrfachresistente Bakterien in Altenpflegeeinrichtungen aufzeigen. Ferner weisen sie auf den Handlungsbedarf im Umgang mit infizierten Bewohnern in Altenpflegeheimen sowie bei der Sanierung von MRSA-kolonisierten Räumen und der Dokumentation der Sanierungsmaßnahmen hin (Ruscher et al. (2012): 1450). Dies stellt somit ein Bereich für die Einrichtung einer Fachposition dar. Der Bedarf nach einer Fachposition im Bereich Hygiene manifestiert sich aber auch aufgrund von entsprechenden Veränderungen von Rahmenbedingungen und den geänderten Anforderungen u. a. durch die strukturelle Verschiebung bezogen auf das Klientel weg von einer eher wohnorientierten Unterbringung hinzu einer Schwerstpflegebetreuung. Zudem konstatieren die Expertinnen und Experten, dass das Spektrum sich verändert und die Komplexität von Keimen (beispielsweise MRSA) und Viren (beispielsweise Norovirus) zunimmt. Die Qualitätsprüfungsrichtlinien und Richtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verdeutlichen diese Änderungen.

Größere Herausforderungen im Bereich der Hygiene werden auch seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnoses Related Groups - DRGs) wahrgenommen. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut stellt in diesem Zusammenhang heraus, dass die gesetzlichen Verpflichtungen im Bereich Hygiene die Leistungserbringer vor die Aufgabe stellt, die geeigneten personellen und organisatorischen Voraussetzungen zu erfüllen und empfiehlt den Einsatz von entsprechend qualifiziertem hygienebeauftragtem Personal (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-In-

stitut (RKI) (2005): 1062 f.). Die Qualifizierung sollte sich dabei an der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene orientieren. Die Aufgaben eines Hygienebeauftragten sollten ferner in einer Stellenbeschreibung festgelegt und im Qualitätsmanagementhandbuch verankert sein (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005): 1063). Deutlich wird, dass der Bedarf nicht am Auftreten bestimmter Infektionen festgemacht werden kann, sondern die Prävention der Infektionen im Vordergrund steht.

Als wesentliche Risikofaktoren für eine Infektion mit multiresistenten Erregern werden im Hinblick auf Pflegebedürftige ein hohes Alter, Immobilität, funktionelle Störung im Bereich der Nahrungsaufnahme oder Ausscheidung, Multimorbidität, chronische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Dialysebedarf oder chronische Hautläsionen angesehen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005): 1061). Im Hinblick auf externe Faktoren wird beschrieben, dass invasive Maßnahmen (beispielsweise Gefäß- oder Blasenkatheter), wiederholte Antibiotikatherapien und Krankenhausaufenthalte Risikofaktoren für eine Infektion mit multiresistenten Erregern darstellen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005)).

Zu den Aufgaben einer Fachposition im Bereich Hygiene gehört es, die Einrichtungsleitung bei der Einhaltung, die materiellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Einhaltung der Hygienevorschriften zu unterstützen und zu beraten. Durch regelmäßige Begehungen aller Bereiche der Pflegeeinrichtung sollten die Einhaltung innerbetrieblicher Vorgaben zur Hygiene, welche im Hygienehandbuch oder den Reinigungs- und Desinfektionsplänen festgehalten werden, sichergestellt werden. Neben der Vermeidung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Bewohnern, Personal und Besuchern durch Infektionen, steht die schnellstmögliche Erkennung und Kontrolle von nicht vermeidbaren Gesundheitsschäden im Mittelpunkt des Aufgabenfeldes.

Weitere, mit der Fachposition verbundene Aspekte betreffen die Schutzkleidung, die Aufbereitung von Medizinprodukten, die Flächenreinigung und -desinfektion sowie gezielte Maßnahmen zur Infektionsvermeidung beispielsweise durch die Prävention von Harnwegs-, Atemwegs- oder Hautinfektionen.²²

Diese Fachposition kann als Stabsstelle geführt werden, welche als Beraterfunktion für alle Mitarbeiter und Führungskräfte fungiert. Als Voraussetzung zur Besetzung dieser Fachpositionen gilt neben einer abgeschlossenen Ausbildung zur Pflegefachkraft die Teilnahme an einer Weiterbildung im Bereich Hygiene.²³ Diese Weiterbil-

²² Siehe hierzu ausführlich Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005).

²³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) (2012).

dung kann trägerintern organisiert sein. Zudem bestehen umfangreiche externe Qualifizierungsmöglichkeiten in diesem Bereich.

Das Zeitkontingent dieser Fachposition richtet sich nach der Größe der Einrichtung (Bewohner- und Mitarbeiteranzahl). Vorerst wurden drei Wochenstunden bei einer Einrichtung mit 115 Betten veranschlagt, wobei der Zeitbedarf bei Ausbruch einer Infektionskrankheit zunimmt.

Die Kosten dieser Fachposition bemessen sich an der Art der Weiterbildung, der entsprechenden Teilnahmegebühr und gegebenenfalls entsprechender Freistellungskosten und Kosten für Reise, Unterkunft und Verpflegung. Da die mit der Hygiene verbundenen Aufgaben, welche ursprünglich von Führungskräften durchgeführt wurden, an diese Fachposition delegiert werden, können zudem die Personalkosten um den Betrag der Erhöhung fester Entgeltbestandteile aufgrund der höherwertigen Tätigkeit bzw. der Delegation von Führungsaufgaben steigen. Die Anpassung der Eingruppierung bzw. Einstufung in die geltenden Entgelttabellen müsste gemäß Tarifvertrag erfolgen.

Der Nutzen dieser Fachposition wird von den Experten vor allen Dingen in einer Entlastung der Leitungsebene und des Pflegepersonals infolge der Bündelung kontrollierender Tätigkeiten im Bereich Hygiene gesehen. Zudem seien die Anforderungen und Vorschriften im Bereich Hygiene massiv gestiegen,²⁴ sodass dem gestiegenen Bedarf durch die Implementation dieser Fachposition begegnet wird.

Exemplarisch sind Faktoren, die als Ansatzpunkte für Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Nutzwert-Analysen verstanden werden können, in Tabelle 6 angegeben.

Tabelle 6: Kosten und Nutzen im Bereich Hygiene aus Sicht der Unternehmen

	Direkte Kosten	Indirekte Kosten
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten <ul style="list-style-type: none"> • Lohnsatz • Zeitkontingent • Schutzbekleidung • Reinigungs- und Desinfektionsutensilien • Medizinprodukte 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungskosten • Personalauswahlgespräche • Qualifizierung des Personals • Freistellung für die Qualifizierung • Teilnahmegebühren der Qualifizierungsmaßnahme • Zusätzliche Fahrtkosten
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Unannehmlichkeiten für Dritte 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbußen an Lebensqualität,

²⁴ Siehe §§ 112 bis 115 SGB XI, § 11 Abs. 9 Heimgesetz sowie Infektionsschutzgesetz.

	durch Infektionen	beispielsweise auch von Angehörigen
	Direkte Nutzen	Indirekte Nutzen
Tangibel	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Material- und Personalkosten in Bezug auf die Prävention von Infektion • Verbesserung der Qualität der des Hygienemanagements • Effizientere Durchführung des Hygienemanagements • Effektivere Durchführung des Hygienemanagements Praxisanleitung • Zeitliche Entlastung des Pflegeteams und der Einrichtungsleitung durch <ul style="list-style-type: none"> • Organisation notwendiger Hygienemaßnahmen und ggf. Unterstützung bei der Meldung von Infektionserkrankungen • regelmäßige und systematische Begehungen • Begleitung von behördlichen Begehungen • Informationsbeschaffung und Mithilfe bei der Implementierung des aktuellen Standes hygiene-spezifischer Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Material- und Personalkosten • Entlastung des Pflegeteams • Entlastung der Einrichtungsleitung
Intangibel	<ul style="list-style-type: none"> • verringerte physische Belastung, • Reduzierung der psychischen Überforderung • Arbeitsmotivation des Stelleninhabers 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszufriedenheit der Pflegenden • Geringere Personalfuktuation • Lebensqualität der Bewohner

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6 Zusätzliche Fachpositionen

Neben den Fachpositionen, für welche potentiell eine besondere Vergütung vorgesehen ist und es zu einer Steigerung von zu refinanzierenden Personalkosten kommt, wurden weitere Fachpositionen implementiert. Diese Fachpositionen unterscheiden sich in Hinblick auf die Grundqualifikation und dem Grad der erforderlichen Fort- und

Weiterbildung, den Tätigkeitsniveaus sowie den fachlichen und überfachlichen Anforderungen.

Eine Erhöhung fester Entgeltbestandteile ist im Rahmen dieser Fachpositionen nicht vorgesehen. Allerdings bestehen weitere Vergütungsmöglichkeiten, welche in Bezug auf diese Fachpositionen in Betracht kommen (Blum/Fachinger (2014)).

5 Impulse projektexterner Partner

Um die Perspektive der Leistungserbringer zu ergänzen und gegebenenfalls zu kontrastieren, werden im Folgenden die zentralen Punkte der Expertengespräche mit den projektexternen Akteuren dargestellt. Dabei werden die Perspektiven von Pflegekassen, Gewerkschaften und weiteren Leistungserbringern voneinander getrennt dargestellt.

5.1 Pflegekassen

Der inhaltliche Fokus der Expertengespräche lag bei den Kostenträgern auf den theoretischen Möglichkeiten einer Refinanzierung der gesonderten Vergütung von Fachpositionen.

In Bezug auf stationäre Pflegeeinrichtungen wurde festgehalten, dass die durchschnittlichen Personalkosten einer Einrichtung die Grundlage für weitere Argumentationen im Hinblick auf die Anpassung der Vergütung von Fachpositionen sind. Es wurde herausgestellt, dass insbesondere öffentliche Träger der Altenhilfe vergleichsweise hohe Preise aufweisen, was auf erhöhte Personaldurchschnittskosten zurückgeführt wird. Die Höhe der Personaldurchschnittskosten ist nach Aussagen der Experten z. T. auf die Kosten der zentralen Verwaltung und Leitungskräfte (Overhead- und Holding-Kosten) zurückzuführen. Aus Sicht der Experten widerspricht ein erhöhtes Preisniveau eines Altenhilfeträgers aber nicht zwangsläufig einer Anpassung der Pflegesätze und eine Deckelung der Pflegesätze auf regional übliche Preise ist nicht zwingend. Ausschlaggebend für eine Anpassung der Vergütung sei in der Regel die Bereitschaft der Altenhilfeträger, ihre Personaldurchschnittskosten und Preise transparent und detailliert darzulegen.

Innerhalb der Verhandlungen, welche jährlich zur Festlegung der Vergütung von Pflegeleistungen geführt werden, bestehen nach Aussagen der Experten verschiedene Verhandlungspositionen, innerhalb derer auch eine Anpassung der Vergütung von Fachpositionen verhandelt werden könnte. Einerseits stellt der Posten „sonstiges Personal“ eine Verhandlungsmasse dar, in welchem beispielsweise Zivildienst- und Bundesfreiwilligendienstleistende oder Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche verhandelt werden. Innerhalb dieses Postens könnten theoretisch Stellenkonzepte für Fachpositionen aufgenommen werden.

Zudem werden innerhalb der Verhandlungen Stellen- bzw. Personalschlüssel festgelegt. Hier besteht den Experten zufolge die Möglichkeit höhere Stellenschlüssel, als die als üblich angesehene Fachkraftquote, auszuhandeln und somit Stellenanteile für Fachpositionen zu schaffen. Entscheidend sei allerdings auch der Tätigkeitsbereich und der Tätigkeitsschwerpunkt der Fachposition. Wenn im Rahmen von Fachpositionen Tätigkeiten gebündelt übernommen werden, welche zu den Grundleistungen pflegerischer Versorgung zählen und somit ohnehin erbracht werden müssen, sei eine Anpassung der Leistungen der Pflegekassen ausgeschlossen.

Des Weiteren wird in den Verhandlungen der Posten „Sachkostenstelle“ verhandelt, welche beispielsweise Qualifizierungen in Verbindung mit den Fachpositionen umfassen könnte.

Sehr deutlich wurde zudem der Bedarf nach Nachweisen herausgestellt, welche transparent darlegen sollten, warum mehr Mittel gewährt werden sollen und wie diese eingesetzt werden. Außerdem wird innerhalb der Verhandlungen dem Verhandlungsgeschick des einzelnen ein hoher Stellenwert beigemessen und darauf verwiesen, dass Altenhilfeträger auch gewisse interne Möglichkeiten hätten, eine gesonderte Vergütung von Fachpositionen zu realisieren. Sofern diese Möglichkeiten nicht existieren, müssen entsprechende Nachweise erbracht werden.

Für den ambulanten Pflegesektor wird von den Experten herausgestellt, dass eine Vergütung von Fachpositionen, sofern sie über eine Preiserhöhung (und somit eine Erhöhung von der Stundenvergütungen) refinanziert werden soll, zumindest im Bundesland Bremen, äußerst unrealistisch ist, da das Preisniveau keine weiteren Erhöhungen zuließe.

5.2 Gewerkschaften

Seitens der Gewerkschaften wird die Situation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern insbesondere innerhalb von Verhandlungen als äußerst kompliziert wahrgenommen, da prinzipiell alle Beteiligten (Sozialhilfeträger, Pflegekassen, Leistungserbringer) aus verschiedenen Gründen gegen die Erhöhung von Preisen sind. Leistungserbringer sähen in Kostensteigerungen, wenn diese durch Preiserhöhungen kompensiert werden müssten, prinzipiell Wettbewerbsnachteile. Daher würden diese eine Bindung an einen Tarifvertrag, da dieser zu Kostensteigerungen führt, ablehnen. Aus diesem Grund wird als ein erster Schritt ein allgemeinverbindlicher, flächendeckender Tarif befürwortet, welcher für alle öffentlichen und privaten Leistungserbringer in gleichem Maße gilt. Dies würde die wahrgenommenen Wettbewerbsnachteile gegebenenfalls eindämmen. In einem zweiten Schritt könnten dann tarifliche Zusatzkomponenten für Fachpositionen verhandelt werden.

5.3 Leistungserbringer

Aus Sicht externer Leistungserbringer, welche nicht an der Entwicklung der Fachpositionen innerhalb des Projekts beteiligt waren, bestehen verschiedene Stellschrauben, die einen kompetenzbasierten Personaleinsatz ermöglichen können. Vergütungsoptionen wären insbesondere dann gegeben, wenn auf übergeordnete gesetzlich verankerte Regelungen zurückgegriffen werden kann. So wird beispielsweise mit Bezug auf die Praxisanleitung auf die vorgeschriebene Anleitungszeit in der praktischen Altenpflegeausbildung verwiesen, welche sich mit Hilfe der Zahl der Auszubildenden multiplizieren und schließlich für einen bestimmten Zeitraum (monatlich oder wöchentlich) berechnen ließe. Auf diesem Weg könnte somit der Umfang eines Zeitkontingents für eine Fachposition im Bereich der Praxisanleitung bestimmt werden.

Gleichermaßen können sich nach Aussagen der Experten Spielräume eröffnen, wenn nicht nur einrichtungs- sondern ebenfalls trägerübergreifend agiert wird. Dies könnte beispielsweise realisiert werden, wenn Personal durch einen Träger gezielt und umfassend geschult wird und anschließend beratende Tätigkeiten für trägerinterne und trägerexterne Einrichtungen und Mitarbeiter übernommen werden.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Summa summarum bleibt festzuhalten, dass bisher keine endgültigen Aussagen über die Notwendigkeit einer gesonderten Vergütung von Fachpositionen und deren Auswirkungen auf die Personalkosten getroffen werden können, da beispielsweise die Zeitkontingente für spezifische Fachpositionen vorerst provisorisch veranschlagt wurden. Somit kann zwar nicht die Höhe der zusätzlichen Kosten bestimmt werden, aber es ist abzusehen, dass entsprechende Kosten und somit potentiell Refinanzierungsbedarfe zumindest für einige der entwickelten Fachlaufbahnen entstehen.

Unter der Prämisse, keine weiteren Stellenanteile zu schaffen und eine Erhöhung von Kosten zu vermeiden, erscheint es im Hinblick auf die Tätigkeitsinhalte und arbeitszeitliche Regelungen von Fachpositionen zielführend, Arbeitszeit zu substituieren. Prinzipiell kann eine Bündelung von bzw. Spezialisierung auf Tätigkeiten im Rahmen einer Fachposition auch nicht-monetäre Anreize für die Mitarbeiter bieten. So kann eine Flexibilisierung der Arbeitszeit, wie z. B. schichtübergreifende Dienstzeiten oder auch Home-Office-Zeiten, die physische und psychische Belastung reduzieren, einen längeren Verbleib im Unternehmen bewirken, sich positiv auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirken und die Attraktivität des Berufsfeldes bzw. des Arbeitgebers erhöhen.

Aber auch wenn zusätzlich direkte tangible Kosten entstehen, wäre zu untersuchen, inwieweit diese nicht durch eine höhere Effektivität und Effizienz kompensiert oder sogar überkompensiert werden. Hier können prinzipiell Kosten-Nutzen-Analysen, die

ökonomischen Wirkungen von Fachpositionen aufzeigen, helfen. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich Nutzeneffekte in der Regel erst mittel- bis langfristig realisieren und messbar sind, wenn die Implementationsphase beendet ist und sich (wieder) eine Alltagsroutine herausgebildet hat.

Sollte eine ausschließlich interne Refinanzierung nicht oder nur eingeschränkt möglich sein, wäre eine externe Refinanzierung erforderlich. Dabei sind verschiedene Aspekte zu unterscheiden. So werden die Konditionen einer Refinanzierung der mit der Etablierung von Fachlaufbahnen verbundenen Kosten im Altenpflegesystem in der Regel zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelt. In den Experteninterviews wurde seitens der Kostenträger die Bedeutung von transparenten Kostennachweisen hervorgehoben. An dieser Stelle können Kosten-Nutzen-Analysen dazu beitragen, die ökonomischen Wirkungen von Fachpositionen sichtbar zu machen, Aufschluss über die Steigerungen von Qualität, Effizienz und Effektivität zu erhalten und Einschätzungen über die Auswirkungen auf indirekte und / oder intangible Kosten und Nutzen, wie z. B. die Personalbindung und -fluktuation sowie krankheitsbedingte Ausfallzeiten und die Arbeitsmotivation vornehmen zu können. Ein indirekter Nutzen, welcher beispielsweise allen Fachpositionen zugeschrieben wird, ist die klare Verteilung von Zuständigkeiten, welche es vereinfacht Ansprechpartner zu bestimmen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich indirekte Nutzeneffekte wie beispielsweise ein positives Image der Einrichtungen infolge einer besseren Pflegequalität erst langfristig äußern können. Gleiches gilt für die bereits von Wolke et al. herausgestellten intangiblen Nutzen, wie geringere Fluktuationsraten infolge einer höheren Arbeitsmotivation bzw. -zufriedenheit (Wolke et al. (2007)).

Insgesamt werden Fachpositionen dann als geeignetes Instrument für die Steigerung der Arbeitsmotivation verstanden, wenn diese Form der Laufbahngestaltung Mitarbeitern die Möglichkeit gibt, sich innerhalb des Berufs und / oder der Einrichtung zu profilieren. Zudem wird nicht ausgeschlossen, dass das Engagement der Mitarbeiter, welches mit der Besetzung einer Fachposition zum Ausdruck gebracht werden kann, belohnt wird, indem z. B. vertikale Aufstiegsmöglichkeiten geschaffen werden. Dadurch hätte nicht nur der Stelleninhaber einer Fachposition einen Nutzen, sondern es ist den Einrichtungen und Betrieben so möglich, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielt zu fördern und zu binden. Mit Fachpositionen verbundene Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten lassen sich theoretisch auf allen Qualifikationsebenen umsetzen.

Die Einführung von Fachpositionen und damit einhergehende Kosten sind zudem immer im Zusammenhang mit der Einrichtungsgröße und der Trägerschaft zu betrachten. So lassen sich bestimmte Tätigkeiten erst ab einer gewissen Einrichtungsgröße innerhalb von Fachpositionen bündeln wie beispielsweise das Ausbildungsmanage-

ment. Zudem besteht vornehmlich bei Trägern, die mehrere Einrichtungen umfassen, die Möglichkeit, Fachpositionen einrichtungsübergreifend zu implementieren.

In Bezug auf Weiterbildungen, welche z. T. als Voraussetzung für Fachpositionen verstanden werden, kann festgehalten werden, dass insbesondere bei größeren Trägern Möglichkeiten bestehen, entsprechende Angebote trägerintern zu organisieren und umzusetzen. Allerdings lassen sich die Kosten für Weiterbildungen angesichts der Angebotsvielfalt im Altenpflegesektor nicht pauschalieren. Die Träger hätten an dieser Stelle zu entscheiden, wie umfangreich die Qualifizierung sein soll und wie kostenintensiv die Qualifizierung sein darf. Zudem besteht bei größeren Trägern die Möglichkeit entsprechende Weiterbildungen intern zu organisieren und umzusetzen. Die Kosten richten sich also nach den Konditionen der gewählten Qualifizierung.

Weiterhin müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Trägers berücksichtigt werden. So ergeben sich z. B. im Hinblick auf die Refinanzierung gesonderter Entgeltbestandteile und die Vergütung von Pflegeleistungen Unterschiede steuerlicher Art zwischen gemeinnützigen und privaten Trägern.

Eine langfristige Implementierung von Fachpositionen in Verbindung mit gesonderten Vergütungskomponenten sollte somit auch die Untersuchung der ökonomischen Wirkungen beinhalten. Selbst wenn keine externe Refinanzierung entstandener Kosten notwendig erscheint, können Kosten-Nutzen-Analyse dazu dienen, Transparenz zu schaffen und die ökonomischen Wirkungen von Fachpositionen abzubilden.

7 Literatur

- Becker, Wolfgang (2000): Taugt Weiterbildung zur beruflichen Entwicklungsplanung? Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales, in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 29, Heft 5, S. 10-14.
- Blum, Marvin / Fachinger, Uwe (2014): Analyse der Entgeltstrukturen für Fachpositionen in der Altenpflege. Discussion Paper. Vechta: Fachgebiet Ökonomie und Demografischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta.
- Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela / Hilbert, Josef (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom "Berufebasteln" zur strategischen Berufsbildungspolitik. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Brümmerhoff, Dieter (2011): Finanzwissenschaft. München - Wien: R. Oldenbourg.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008): Erfolgreiche Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung. Empfehlungen für Ausbildungsstätten in der Altenpflege. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Bundesregierung (2009): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesund-

- heitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) (2012): Leitlinie: Hygienebeauftragte(r) in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen – Anforderungen und Aufgaben. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. - DGKH.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Greiner, Wolfgang (2008): Die Berechnung von Kosten und Nutzen, in: Schöffski, Oliver / Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin / Heidelberg: Springer, S. 49-63.
- Gronemeyer, Reimer (2007): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt am Main: Fischer.
- Heidemann, Christin / Du, Yong / Scheidt-Nave, Christa (2012): Diabetes mellitus: Wie hoch ist die Zahl der Erwachsenen mit Diabetes in Deutschland?, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Heft 8, S. 983-984.
- Hilbert, Josef / Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela (2014): Berufsbildung im Gesundheitswesen. Ein Sonderweg mit Fragezeichen, in: WSI-Mitteilungen 67, Heft 1, S. 43-51.
- Huhn, Siegfried (2010): Chronische Wunden selbst versorgen, in: Heilberufe, Heft 10, S. 26 - 27.
- Klinkhammer, Gisela (2012): „Sterben in Deutschland“: Leben mit dem Tod, in: Deutsches Ärzteblatt 109, Heft 48, S. A 2405.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005): Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI), in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48, Heft 9, S. 1061-1080.
- Kottner, J. / Dassen, T. / Lahmann, N. A. (2011): Dekubitus in deutschen Pflegeheimen. Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, Heft 5, S. 318-322.
- Lahmann, Nils / Kottner, Jan (2012): Bedeutung von Dekubitus, in: Schröder, Gerhard / Balzer, Katrin (Hrsg.): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe, 2012. Bern: Huber, S. 43-52.

- LfK Weiterbildungsgesellschaft für Pflegeberufe mbH (2014): Seminarprogramm 2. Halbjahr 2014. Köln: Landesverband freier ambulanter Krankenpflege NRW (LfK).
- Liebold, Renate / Trinczek, Rainer (2009): Experteninterview, in: Kühl, Stefan et al. (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung: quantitative und qualitative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 32-56.
- Margraf, Jürgen (2009): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturauswertung. Heidelberg: Springer Medizin.
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage, in: Pickel, Susanne et al. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465-479.
- Ruscher, Claudia / Schaumann, Reiner / Mielke, Martin (2012): Herausforderungen durch Infektionen und mehrfach resistente Bakterien bei alten Menschen in Heimen, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55, Heft 11-12, S. 1444-1452.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Langfassung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Schindler, T. (2006): Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49, Heft 11, S. 1077-1086.
- Schneekloth, Ulrich / Törne, Ingolf von (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 53-168.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der / Greiner, Wolfgang / Jost, F. / Klusen, N. / Kubin, M. / Leidl, R. / Mittendorf, T. / Rebscher, H. / Schöffski, Oliver / Vauth, C. / Volmer, T. / Wahler, S. / Wasem, Jürgen / Weber, C. / und die Mitglieder des Hannoveraner Konsens (2007): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 12, Heft 5, S. 285-290.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). 2012. Fachserie 12, 6.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. 2012. Fachserie 12, 6.4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013c): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Werner, Ann-Christin / Grüner, Theresa / Frerichs, Frerich / Schorn, Nicola (2013): Altern in der Pflege. Laufbahnen innovativ gestalten, in: *praeview - Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention* 4, Heft 4, S. 10-11.
- Wolke, R. / Hennings, D. / Scheu, P. (2007): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, Heft 3, S. 158-177.
- Zöller, Maria (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen, in: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) - *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)* 41, Heft 6, S. 6 - 10.