

## 8. Zusammenfassung

Insgesamt betrachtet ist für den Bereich der stationären Langzeitpflege derzeit noch in weiten Bereichen das Fehlen konsentierter Pflegeleitlinien und Pflegestandards zu konstatieren. Dies betrifft insbesondere die Arbeit der *social care workers*. Dieses Defizit dürfte auch der Grund dafür sein, warum das CSA 2000-Regime bislang keinen expliziten Verweis auf die allgemeinen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften enthielt und die Rückkoppelung der Qualität der Leistungserbringung an diese Standards derzeit noch kein zentrales Element der Qualitätssicherung im englischen System bildet. Allerdings zeigt sich das Pflegeregulierungssystem schon jetzt an mehreren Stellen offen für extern entwickelte Pflegestandards und sieht an einigen, wenngleich nicht unbedingt zentralen Stellen, deren Implementation in das hoheitliche Steuerungsregime vor.

Seit dem Inkrafttreten des HSCA 2008 wird den in den Pflegewissenschaften und der Pflegepraxis entwickelten Standards guter fachlicher Praxis eine größere Bedeutung eingeräumt. Inwiefern dies freilich auch der Standardentwicklung einen An Schub geben wird, ist derzeit noch nicht abzuschätzen.

Parallel zum Versuch, externe Standards in das weitgehend mit hoheitlich-imperativen Elementen arbeitende CSA 2000-Regime einzubeziehen, werden in Gestalt des staatlichen „*knowledge management*“ große Bemühungen betrieben, um auf informatorisch-persuasiver Ebene auf die Erstellung von Pflegeleistungen Einfluß zu nehmen. Die Entwicklung und Festlegung von Ausbildungsinhalten, die großen Einfluß auf die Ausübung der Pflegeprozesse haben, ist – wie im Rahmen der Infrastruktursteuerung näher dargelegt – Gegenstand von Instrumenten der regulierten Selbstregulierung.

### III. Ergebnisbezogene Steuerung der Pflegequalität

#### 1. Allgemeines

Wie in der Grundlegung dargelegt, bezieht sich die Ergebnisqualität auf die Wirkungen von Pflegeleistungen und drückt sich in patientenbezogenen Parametern, wie z.B. dem subjektiven Wohlbefinden des Bewohners, seiner Zufriedenheit, seinem Gesundheitszustand und der von ihm empfundenen Lebensqualität aus.<sup>1848</sup> Seit der Veröffentlichung des *Green Paper „Independence, Well-being and Choice“*<sup>1849</sup> und des *White Paper „Our health, our care, our say“*<sup>1850</sup> in den Jahren 2005 bzw. 2006 ist in der politischen Rhetorik in England eine stärkere Fokussierung auf Pflegeergebnisse zu verzeichnen und das Bemühen erkennbar, entsprechende Zielparameter zu benennen. Im zitierten *White Paper* etwa heißt es:

---

1848 Vgl. *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, no. 3, part 2, S. 167 ff.; *Vaarama* u.a., *The Concept of Quality of Long-Term Care*, S. 102 ff.

1849 *Department of Health*, *Independence, Well-being and Choice*.

1850 *Department of Health*, *Our Health, our care, our say*.

„Responses to the consultation on Independence, Well-being and Choice strongly supported the proposed outcomes which it set out for adult social care services, based on the concept of well-being. These were:

- improved health and emotional well-being;
- improved quality of life;
- making a positive contribution;
- choice and control;
- freedom from discrimination;
- economic well-being;
- personal dignity.

These outcomes are important to all of us, whether or not we receive social care services. [...] We endorse them as outcomes towards which social care services should be working, with their partners. We will build on them to develop outcomes that apply both to the NHS and social care.”<sup>1851</sup>

Wie im Folgenden gezeigt wird, hat sich diese Rhetorik derzeit allerdings noch nicht maßgeblich in den Steuerungsmechanismen niedergeschlagen.

## 2. Ergebnisqualitätsbezogene Vorgaben des CSA 2000-Regimes

Zunächst ist festzustellen, daß – unabhängig von konkreten Inhalten – weder in den CHRegs 2001 noch den NMS noch in den *Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010* die Aufnahme von Pflegezielen in die Pflegepläne konkret vorgeschrieben ist. Auch die soeben genannten Zielparame-ter des *White Paper „Our Health, Our Care, Our Say“* werden von keinem der Instrumente in systematischer Weise aufgegriffen.

Die Einleitung zu den *National Minimum Standards for Care Homes for Older People* in der Fassung von 2001 nimmt zwar das Ziel der Einflußnahme auf die Ergebnisqualität in Gestalt einer gestiegenen Lebensqualität deutlich in Bezug:

„The National Minimum Standards for Care Homes for Older People focus on achievable outcomes for service users – that is, the impact on the individual of the facilities and services of the home. [...] While Standards are qualitative – they provide a tool for judging the quality of life of service users – they are also measurable. Regulators will look for evidence that the requirements are being met and a good quality of life enjoyed by service users [...]. The involvement of lay assessors in inspections will help ensure a focus on outcomes for [...] service users.”<sup>1852</sup>

Auch fassen die NMS die einzelnen Standards der Themenbereiche „Wahl des Hei- mes“, „Gesundheit und Pflege“, „Tägliches Leben und soziale Aktivitäten“, „Be- schwerden und Schutzmaßnahmen“, „Umgebung“, „Personalausstattung“ und „Be- triebsleitung und Verwaltung“ jeweils unter sogenannten „outcomes“ zusammen,<sup>1853</sup>

---

1851 *Department of Health, Our Health, our care, our say*, S. 42. Eine fast inhaltsgleiche Aussage fand sich auch im *Green Paper* des *Department of Health, Independence, Well-being and Choice*, S. 10.

1852 *Department of Health, National Minimum Standards for Care Homes for Older People*, 1. Auflage 2001, S. viii f.

1853 Auch in der Literatur werden diese als „outcome measures“ beschrieben, s. etwa *McDonald, Community Care*, S. 75.

ebenso wie nunmehr die *compliance guidances* die Hauptstandards des HSCA Regimes unter 28 „outcomes“ beschreiben.<sup>1854</sup>

Bei näherem Hinsehen stellen sich diese *outcomes* jedoch als Aneinanderreihung von Ergebniszielen, Aspirationen, Leistungsinputs und -outputs sowie Prozessen dar.<sup>1855</sup> Beispielsweise lautet das *outcome* zu den Standards 3.1 ff. NMS (und ähnlich nunmehr auch *outcome 4A* der *compliance guidance*), daß kein Bewohner ohne eine Begutachtung seiner Bedarfskonstellation und ohne eine Zusicherung, daß dem festgestellten Pflegebedarf entsprochen werden wird, in das Heim einzieht. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um einen Ergebnisstandard, sondern um einen als Ergebnis formulierten Prozeßstandard, der die Verbindlichkeit eines bestimmten Elements des Pflegeprozesses anordnet. Als Beispiel eines als Ergebnis formulierten Strukturstandards kann das „*outcome*“ zu Standard 30 NMS genannt werden: „Das Personal ist ausgebildet und fachkundig, um seine Aufgaben zu erfüllen.“ Einen stärker ergebnisqualitätsbezogenen Inhalt weisen demgegenüber die *outcomes* zu Standards 10 NMS („Die Bewohner empfinden, daß sie mit Respekt behandelt werden und daß ihre Privatsphäre geachtet wird“), 12 NMS („Die Bewohner finden, daß der Lebensstil, den sie im Heim führen, ihren Erwartungen und Vorlieben entspricht, und daß er ihre sozialen, kulturellen und religiösen Interessen sowie ihre Vorstellungen hinsichtlich der Freizeitgestaltung erfüllt) und 14 NMS („Den Bewohnern wird geholfen, ihre Lebensführung selbst zu gestalten“) auf.

Aufgrund dieser Kombination unterschiedlicher Standards und Indikatoren konnte die Regulierungsbehörde bislang letztlich auch keine aussagekräftigen Feststellungen dazu treffen, inwiefern die im *White Paper* „*Our Health, our care, our say*“ aufgeführten Ergebnisparameter in den Heimen erreicht werden. Besonders deutlich wird dies am Bericht über den Zustand der *social care* 2006-07, wo die CSCI versuchte, einen „Spagat“ zwischen den von ihr überprüften aufsichtsrechtlichen Vorgaben der CHRegs 2001 und der NMS einerseits und der politischen Vorgabe aus dem *White Paper* andererseits zu machen, indem sie die Lebensqualität in den Heimen unter anderem daran festmachte, ob das Heim hinreichend geheizt und beleuchtet ist, ob ein Feuersicherheitsmanagement besteht und ob die bauliche Ausstattung den Minimumstandards entspricht.<sup>1856</sup>

Einen größeren inhaltlichen Bezug zum *White Paper* „*Our Health, Our Care, Our Say*“ weisen demgegenüber die *Key Lines of Regulatory Assessment* (KLORA)<sup>1857</sup> auf, die bislang von der CSCI und nun der CQC herangezogen werden, um die Leistungsqualität verschiedener Pflegeheime zu klassifizieren und in einer zusammenfassenden Bewertung auszudrücken. Zwar orientiert sich auch deren Gliederung an den einzelnen Standardgruppen der NMS. In den Beschreibungen der Erwartungshorizonte insbesondere an „exzellente“ Leistungen der Einrichtungen sind jedoch einige über die Minimumstandards hinausgehende Aspekte enthalten, die einen stärkeren Konnex zu den *outcomes* des zitierten *White Paper* aufweisen. Dies trifft vor allem auf die dort genann-

---

1854 *Care Quality Commission*, *Guidance about compliance - Essential standards of quality and safety*, S. 110 ff.

1855 *Care Services Improvement Partnership*, *A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 5.

1856 *Commission for Social Care Inspection*, *The state of social care in England 2006-07*, S. 70 ff.

1857 Dazu bereits oben, S. 246.

ten Kriterien „*quality of life*“ und „*exercising choice and control*“ zu, mit denen etwa die in den KLORA dargelegten Anforderungen bezüglich „*Daily Life and Social Activities*“ in Verbindung gebracht werden können. Anstatt diese Aspekte unmittelbar an einzelne Standards der NMS zu knüpfen, verlangen die KLORA diesbezüglich:

„*Central to the home's aims and objectives is the promotion of the individual's right to live an ordinary and meaningful life, appropriate to their peer group, in both the home and the community, and to enjoy all the rights and responsibilities of citizenship. [...] The service understands and actively promotes the importance of respecting the human rights of people using the service, with fairness, equality, dignity, respect and autonomy all being seen as central to the care and support being provided. Residents are able to enjoy a full and stimulating lifestyle with a variety of options to choose from. The home has sought the views of the residents and considered their varied interests when planning the routines of daily living and arranging activities both in the home and the community. Routines are very flexible and residents can make choices in major areas of their life. The routines, activities and plans are person centred, individualised and reflect diverse needs in the six strands of diversity: gender (including gender identity), age, sexual orientation, race, religion or belief, and disability. [...] The service actively encourages and provides imaginative and varied opportunities for people using the service to develop and maintain social, emotional, communication and independent living skills where appropriate. [...] This includes developing and maintaining family and personal relationships.*“<sup>1858</sup>

Der stärkere Bezug der KLORA zu den Ergebnisparametern des *White Paper* „*Our Health, our care, our say*“ muß insofern relativiert werden, als die Bewertungen, die die CQC am Maßstab der KLORA trifft, letztlich auf den Eindrücken beruhen, die die Kontrolleure während der Heimprüfungen gewinnen. Nach wie vor berichten Studien aber von einer Fokussierung der Prüfer auf leicht evaluierbare Struktur- und Prozeßstandards wie beispielsweise auf die Pflegedokumentation, die von außen wahrnehmbaren Abläufe und die strategische Grundausrichtung der Einrichtungen.<sup>1859</sup>

Wie die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes, eigenständiges Leben zu führen, von Heimbewohnern tatsächlich eingeschätzt wird, beschreibt eine 2004 veröffentlichte Studie zu den Kriterien „Wahlmöglichkeiten“ und „Autonomie“. Diese Studie zeigt einerseits, daß nur ca. 52 % der befragten Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen über ein hohes Maß an Autonomie und Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung des täglichen Lebens verfügen. Als limitierend erweisen sich vor allem der Mangel an Personal, die routinemäßigen Abläufe im Heim, sowie die Tendenz auf Seiten der Heimträger, Gefahren nach Möglichkeit zu vermeiden anstatt sie gegen die persönliche Freiheit des zu Pflegenden unter Akzeptanz eines gewissen Risikos abzuwiegen, beispielsweise dann, wenn es Pflegebedürftigen trotz ihres ausdrücklichen Wunsches nicht gestattet wird, ohne Unterstützung durch eine Pflegekraft zu baden oder zu duschen.<sup>1860</sup> Andererseits aber – und dies zeigt, wie schwer es ist, aussagekräftige Feststellungen zur Lebensqualität von Heimbewohnern zu treffen – führte die Studie zu dem etwas überraschenden Ergebnis, daß die Bewohner von Pflegeheimen ihr Leben in einem höheren

---

1858 *Care Quality Commission*, Key lines of regulatory assessment (KLORA), S. 14 f.

1859 So etwa *Froggatt*, The ‚regulated death‘, *Ageing & Society* 27 (2007), S. 242 f., für die Evaluierung des Standards 11 der NMS (*Dying and Death*).

1860 *Boyle*, Facilitating Choice, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 218 f.

Maße als selbstbestimmt empfanden als Personen, die Langzeitpflegeleistungen in ihrer häuslichen Umgebung erhielten.<sup>1861</sup>

### 3. Ergebnisqualitätsbezogene Aussagen des National Service Framework for Older People

Unter den acht Standards des *National Service Framework for Older People* finden sich mit den Grundsätzen der Altersdiskriminierungsfreiheit und der personenbezogenen Pflege, wonach Pflegebedürftige als Individuen gesehen und ihnen Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Pflege eingeräumt werden müssen,<sup>1862</sup> auch Standards, die sich – wenngleich in sehr allgemeiner Weise – auch als ergebnisqualitätsbezogene Zielbeschreibungen für Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen verstehen lassen.<sup>1863</sup> Wie oben bereits beschrieben, werden diese nur verwaltungsintern zu beachtenden<sup>1864</sup> Vorgaben für private Heimträger aber nur dann verbindlich, wenn sie in den Leistungserbringungsverträgen geregelt bzw. in Bezug genommen werden.<sup>1865</sup>

### 4. Ergebnisqualitätsbezogene Steuerung durch Leistungserbringungsverträge

Die Muster der Leistungserbringungsverträge legen nahe, daß sich der Staat zur Ergebnisqualitätssteuerung auch kooperativer Mechanismen bedient. Sie empfehlen beispielsweise eine vertragliche Bindung des Heimträgers an die Pflegeziele der individuellen Pflegepläne, die im Anschluss an das *community care assessment* aufgestellt werden.<sup>1866</sup>

Die *Third Sector Commissioning Task Force* sowie die vom Gesundheitsministerium finanziell geförderte *Care Services Improvement Partnership* befürworten, den Leistungsverträgen einen ergebnisorientierten Ansatz zugrunde zu legen, der auf die mit der Leistungserbringung intendierten Ergebnisse rekurriert.<sup>1867</sup> Als Beispiele für Ergebniskriterien werden Verbesserungen des Verhaltens, bestimmter Körperfunktionen oder der Mobilität genannt. Der Vorschlag bezieht sich auf die Vereinbarung sowohl genereller,

---

1861 Boyle, *Facilitating Choice, Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 217 f.

1862 *Department of Health, National Service Framework for Older People*, S. 16 ff., 23 ff.

1863 Andere Standards wie etwa das Ergreifen von Maßnahmen zur Sturzprävention (*Department of Health, National Service Framework for Older People*, S. 76 ff., sind demgegenüber eher als Prozeßstandards zu qualifizieren.

1864 S. oben, Fn. 1235.

1865 Vgl. etwa für den Grundsatz der personenbezogenen Pflege *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 30.

1866 *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 31 f.; mit dieser Forderung auch schon *Ridout, Care Standards*, S. 35. Eine Aufnahme von Zielen in die *care plans* ist nach den CHRegs 2001 bzw. den NMS zwar nicht zwingend vorgesehen, liegt aber im Ermessen der jeweiligen *local authority*.

1867 *Department of Health, Report of the Third Sector Commissioning Task Force. Part II*, S. 43; *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 9 ff.

d.h. heimbezogener als auch bewohnerspezifischer Ergebnisse.<sup>1868</sup> Konkrete *outcome*-Indikatoren werden jedoch nicht vorgeschlagen. Stattdessen wird auf drei von der australischen Regierung empfohlene Kriterien zur Bewertung der Qualität von Indikatoren verwiesen, nämlich erstens die Wichtigkeit und Signifikanz des Indikators für das betreffende Programm bzw. den Dienst, zweitens die Frage, ob der Indikator ein aussagekräftiges Maß für das Ergebnis darstellt, der frei von Nebeneffekten ist, und drittens, ob der Indikator valide, verlässlich, geeignet und überprüfbar ist.<sup>1869</sup>

Als Grund für die geringe Standardspezifizierung in den Leistungserbringungsverträgen wurde bislang mitunter angeführt, daß der Vertragsinhalt einer 24-stündigen Pflege an 7 Tagen pro Woche in der Umgebung eines Heimes einer gewissen Flexibilität bedürfe, um auf die individuellen Interessen von Leistungsempfängern und Leistungserbringern eingehen zu können. Die Bezugnahme auf konkrete, vor allem strukturelle Mindeststandards sei dafür ungeeignet.<sup>1870</sup> Gerade hier bieten ergebnisbezogen formulierte Vertragsspezifikationen jedoch den Vorteil, daß sie den Leistungserbringern im Gegenzug für deren Verantwortlichkeit hinsichtlich der Ergebnisse eine gewisse Flexibilität bei der Leistungserbringung ermöglichen.<sup>1871</sup> Vieles wird dabei davon abhängen, wie weit die Pflegewissenschaften aussagekräftige und zudem mit vertretbarem Aufwand evaluierbare und nachprüfbare ergebnisbezogene Indikatoren entwickeln werden.

Die Vereinbarung ergebnisorientierter Klauseln hat insbesondere in den USA eine schon längere Tradition: Messungen der Kundenzufriedenheit werden dort von gemeinnützigen Organisationen bereits seit dem Ende der 1980er Jahr verlangt,<sup>1872</sup> entsprechend frühzeitig wurden auch Praxisleitfäden entwickelt, die sich mit dem Thema des *outcome measurement* beschäftigen.<sup>1873</sup> Wie verbreitet solche Vertragsklauseln jedoch bei englischen Pflegeeinrichtungen sind und welches Gewicht ihnen bei der Überprüfung der Einhaltung vertraglicher Vorgaben zugemessen wird, kann aufgrund des Feh-

---

1868 *Care Services Improvement Partnership*, A Guide to Fairer Contracting Part 2, S. 9 ff.; s. auch *Kerslake*, An approach to outcome based commissioning and contracting, in: *Care Services Improvement Partnership* [Hrsg.], Commissioning e-book.

1869 *Kerslake*, An approach to outcome based commissioning and contracting, in: *Care Services Improvement Partnership* [Hrsg.], Commissioning e-book, S. 7, mit Verweis auf das sog. „Public Health Outcome Funding Agreements“ (PHOFAs) Programm des Commonwealth of Australia, abrufbar unter <<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-publth-about-phofa-phofa.htm>>.

1870 *Ridout*, Care Standards, S. 34.

1871 *Department of Health*, Report of the Third Sector Commissioning Task Force. Part II, S. 43; *Kerslake*, An approach to outcome based commissioning and contracting, in: *Care Services Improvement Partnership* [Hrsg.], Commissioning e-book, S. 4.

1872 Vgl. etwa *Plantz/Greenway/Hendricks*, Outcome Measurement: Showing Results in the Nonprofit Sector, S. 15 ff., 19 ff.

1873 Zu einer der am weitesten verbreiteten Publikation auf diesem Gebiet zählt *United Way of America* [Hrsg.], *Measuring program outcomes: a practical approach*, 1996.

lens entsprechender empirischer Arbeiten nicht im Detail beantwortet werden.<sup>1874</sup> Im Wesentlichen scheinen die Leistungserbringungsverträge bislang vergleichsweise einfach gehalten zu sein,<sup>1875</sup> wenngleich das in reg. 14 CHRegs 2001 enthaltene rechtliche Gebot eines umfassenden *assessment* vor Aufnahme des Betreffenden in ein Heim eine Tendenz zu einer stärkeren Spezifikation des pflegerischen Bedarfs mit sich brachte.<sup>1876</sup> Untersuchungen zeigen, daß sich ergebnisbezogene Ansätze der Leistungserbringung in der Praxis vielfach noch im Anfangsstadium befinden und eher noch in Bezug auf die häuliche Pflege existieren, am wenigsten verbreitet aber in der stationären Pflege sind.<sup>1877</sup> Auch die *Care Services Improvement Partnership* scheint davon auszugehen, daß ihre Anregungen in Richtung eines ergebnisorientierten Ansatzes von der derzeitigen Praxis abweichen.<sup>1878</sup> Bei vielen der bislang in Vertragsklauseln enthaltenen Ergebnisstandards handelt es sich nach der *Care Services Improvement Partnership* letztlich nur um unformulierte Struktur- und Prozeßstandards.<sup>1879</sup> Allgemein gehaltene Ergebnisziele fänden sich aber zum Teil bereits als „Visionen“ oder „Prinzipien“ in manchen Verträgen.<sup>1880</sup>

Über die Vereinbarung von Ergebnisstandards hinaus müßten freilich auch die Methoden der Vertragsüberwachung verfeinert werden, um eine effektive Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zu ermöglichen. Bislang werden die Ergebnisse der Leistungen primär anhand Zufriedenheitsumfragen unter den Leistungsempfängern gemessen. Das wichtigste Instrument um sicherzustellen, daß der Bedarfssituation des zu Pflegenden entsprochen wird, stellt jedoch die Überprüfung des individuellen Pflege-managements dar. Derzeit existieren aber nur in sehr wenigen Kommunen effektive Mechanismen, die es erlauben, die Einzelergebnisse dieser individuellen Revisionen zu einer aussagekräftigen Bewertung der Gesamtleistung des jeweiligen Leistungserbringers zu aggregieren.<sup>1881</sup>

Eine stärkere Einbeziehung von Ergebnisstandards in die Leistungserbringungsverträge könnte sich künftig infolge des oben genannten *Green Paper „Independence, Well-being and Choice“*<sup>1882</sup> und des *White Paper „Our health, our care, our say“*<sup>1883</sup> ergeben. Um die Kommunen bei der Umsetzung der in diesen politischen Strategiepapieren enthaltenen Ziele zu unterstützen, erließ das Gesundheitsministerium Anfang

---

1874 Laut *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 12, fehlen den meisten *local authorities* effektive Überwachungsmechanismen, mit denen die Einhaltung von Ergebnisstandards evaluiert werden könnte.

1875 *Netten* u.a., *Understanding Public Services*, S. 6.

1876 *Ridout*, *Care Standards*, S. 35.

1877 *Glendinning* u.a., *Outcomes-focused services for older people*, S. 38 ff.

1878 S. etwa *Kerslake*, *An approach to outcome based commissioning and contracting*, in: *Care Services Improvement Partnership* [Hrsg.], *Commissioning e-book*, S. 3.

1879 *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 9, 11 f.

1880 *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 11.

1881 *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 12.

1882 *Department of Health, Independence, Well-being and Choice*.

1883 *Department of Health, Our health, our care, our say*.

2008 einen *Local Authority Circular* mit dem Titel „*Transforming Social Care*“. <sup>1884</sup> Im Zentrum dieses Strategiepapiers steht eine stärker personenbezogene Ausrichtung der *social care*-Services. Diese soll zum einen durch ein frühzeitigeres Angebot von Unterstützungs- und Präventionsleistungen verwirklicht werden, um die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Pflegebedürftigen aufrechtzuerhalten anstatt Hilfeleistungen erst bei akuten Krisen anzubieten. <sup>1885</sup> Zum anderen sollen die *social services* stärker auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zugeschnitten werden und diesen mehr Auswahlmöglichkeiten bieten. <sup>1886</sup> Zusammen mit einer Steigerung des Wissens und der Fertigkeiten des *social care*-Personals und der Verbesserung des „*performance management*“ der sozialen Dienste sollen diese Reformansätze zum Gesamtziel einer „*better care and support*“ beitragen, das als Kurzbeschreibung für die sieben im *White Paper* „*Our health, our care, our say*“ genannten *outcomes* <sup>1887</sup> verstanden wird. <sup>1888</sup> Zur Realisierung der in den Strategiepapieren vorgeschlagenen Reformen der *social care services* werden den englischen Kommunen zweckgebundene Gelder in Höhe von £ 85 Mio. für 2008/09, £ 195 Mio für 2009/10 und £ 240 Mio für 2010/11 zugeteilt (sog. „*Social Care Reform Grant*“). <sup>1889</sup> Obgleich die Reformen eher die Gesamtstruktur des *social care*-Angebots und dessen Abstimmung mit den *health services* betreffen, erwähnt der *Local Authority Circular* auch die Entwicklung eines *performance management*-Systems, das zur Messung der Ergebnisse („*outcome benefits*“) dienen soll, die durch die stärkere Personenbezogenheit und durch die früher erfolgenden Leistungsangebote erreicht werden. <sup>1890</sup> Diese Systeme sollen auch bei der Leistungskommissionierung Verwendung finden, <sup>1891</sup> so daß sich die Implementierung der geschilderten Strategieansätze auf kommunaler Ebene zukünftig positiv auf die Vereinbarung von Ergebnisstandards durch das kooperative Instrument der Leistungserbringungsverträge auswirken könnte.

Die Vereinbarung und Überwachung konkreter Ergebnisstandards stellt jedoch nicht die einzige Möglichkeit dar, mit der die Kommunen im Rahmen der Leistungskommissionierung Einfluß auf diese Qualitätsdimensionen nehmen können. Sie könnten grundsätzlich auch durch eine qualitätsorientierte Auswahl der Leistungserbringer eine Wettbewerbssituation unter den Heimträgern erzeugen und dadurch Anreize zur Erhöhung der Qualitätsstandards setzen, ohne daß diese im Einzelnen vertraglich vereinbart werden müßten. Die Schaffung und Ausnutzung derartiger Marktkräfte läßt sich jedoch nicht speziell der Implementierung von Ergebnisqualitätsstandards zuordnen, weil sie ebenso in Verbesserungen der strukturellen Rahmenbedingungen der Pflege, etwa in Gestalt zusätzlichen Personals oder besser ausgestatteter Zimmer, oder der prozeduralen

---

1884 LAC (DH) (2008)1.

1885 LAC (DH) (2008)1, para. 14.

1886 LAC (DH) (2008)1, para. 15 f.

1887 Zu den einzelnen *outcomes* siehe Fn. 2046.

1888 LAC (DH) (2008)1, para. 26.

1889 LAC (DH) (2008)1, para. 51.

1890 LAC (DH) (2008)1, para. 26, 60.

1891 LAC (DH) (2008)1, para. 60.

Abläufe wie der Intensivierung von Maßnahmen zur Fallprävention resultieren kann. Die wettbewerbsorientierten Instrumente werden daher erst im Anschluss an die einzelnen Qualitätsdimensionen bei den allgemeinen, dimensionsübergreifenden Implementierungsmaßnahmen geschildert.

##### 5. Ergebnisqualitätsbezogene Informationen des Social Care Institute for Excellence

Auch bei der ergebnisbezogenen Qualitätssteuerung lassen sich informationsbasierte, persuasiv wirkende Instrumente der Einflußnahme auf die Pflegequalität ausmachen. Hinzuweisen ist hierbei insbesondere auf die vom SCIE in Auftrag gegebene *Adults's Services Knowledge Review* mit dem Titel „*Outcomes-focused services for older people*“<sup>1892</sup>. Die Publikation beruht zum einen auf einer Literaturanalyse, zum anderen auf einer Umfrage unter 222 englischen und walisischen Kommunen und *social services*-Managern. Sie schildert zunächst, was unter einer ergebnisorientierten Leistungserbringung zu verstehen ist,<sup>1893</sup> beschreibt anschließend verschiedene Ergebnisparameter, die von älteren Menschen als wichtig erachtet werden und systematisiert diese mit folgender Einteilung: die sog. „*change outcomes*“ beziehen sich auf Verbesserungen von physischen, mentalen oder emotionalen Fähigkeiten älterer Menschen wie etwa einer gesteigerten Mobilität oder einem größeren Selbstvertrauen.<sup>1894</sup> Die „*maintenance or prevention outcomes*“ lassen sich demgegenüber der Aufrechterhaltung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der bisherigen Lebensqualität zuordnen, wobei Wert etwa auf eine aktive, anregende Lebensgestaltung, auf die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie die Möglichkeit für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu legen sei.<sup>1895</sup> Als dritte und letzte Kategorie werden schließlich „*process outcomes*“ genannt, die sich auf die Erfahrungen der Leistungsempfänger mit dem Suchen, dem Erhalten und dem Nutzen von *social services* beziehen. Sie schließen etwa ein, daß sich ältere Menschen geschätzt und geachtet fühlen und daß die Leistungen auf ihre kulturellen und religiösen Präferenzen Rücksicht nehmen und diese respektieren.<sup>1896</sup> Aufgrund ihrer Ausrichtung auf die individuellen Erwartungen und Bedürfnisse der Leistungsempfänger und die bei ihnen erzeugten Eindrücke handelt es sich auch bei diesen „*process outcomes*“ jedoch nicht um Prozeßergebnisse im oben geschilderten Sinn, sondern um personenbezogene Ergebnisstandards.

---

1892 Glendinning u.a., *Outcomes-focused services for older people*.

1893 Glendinning u.a., *Outcomes-focused services for older people*, S. 2: „*outcomes' refer to the impacts or end results of services on a person's life. [...] They can be contrasted with services whose content and/or form of delivery are standardised, regardless of the circumstances of service users; and with services whose goals are primarily determined by those who commission of deliver them rather than those who use them. The concept of ,outcomes' is closely related to that of ,quality of life'.*“

1894 Glendinning u.a., *Outcomes-focused services for older people*, S. 3.

1895 Glendinning u.a., *Outcomes-focused services for older people*, S. 4 ff.

1896 Glendinning u.a., *Outcomes-focused services for older people*, S. 6 f.

Ferner zeigt die Veröffentlichung verschiedene organisatorische Faktoren auf, die sich positiv oder negativ auf eine ergebnisorientierte Leistungserbringung auswirken. Dabei geht sie sowohl auf die Ebene der Leistungsanbieter als auch auf die Leistungskommissionierung ein. Den letzten Teil der Publikation bildet schließlich die Analyse einer Umfrage und der daran anschließenden *case studies*, mit denen untersucht wurde, wie verbreitet *outcomes-focused services* sind, welche Elemente sie aufweisen und welche Erfahrungen die Leistungsempfänger mit diesen Leistungen gemacht haben.

Weil es sich bei dieser *Knowledge Review* nicht um einen an die Betreiber von Pflegeeinrichtungen gerichteten Praxisleitfaden handelt, ist freilich fraglich, ob die Veröffentlichung dieser Untersuchung durch das SCIE überhaupt als Instrument verstanden werden kann, mit dem seitens des Staates zur Erhöhung der Pflegequalität auf private Leistungserbringer Einfluß genommen wird. Soweit sich diese Untersuchung nämlich an die *commissioning*-Abteilungen der kommunalen Sozialbehörden wendet, um diese zu einem stärker ergebnisqualitätsbezogenen Bezug von sozialen Diensten zu bewegen, ist die innerstaatliche Sphäre nicht verlassen. Deshalb kann streng genommen nicht von einer unmittelbaren Steuerung der privaten Leistungserbringer gesprochen werden. Andererseits aber kann diese Publikation auch von den Heimträgern und -leitern gebührenfrei im Internet abgerufen werden.<sup>1897</sup> Wie erwähnt geht sie auch auf die Perspektive der Leistungserbringer ein und dient somit auch diesen als ausführliche Informationsquelle, wie die Ergebnisqualität ihrer Leistungen gesteigert werden kann. Insofern kann auch diese Veröffentlichung des SCIE als informationsbasiertes Instrument zur Steuerung der Ergebnisqualität auf Seiten privater Anbieter charakterisiert werden.

#### *IV. Qualitätsdimensionenübergreifende Implementations- und Durchsetzungsmechanismen*

Wie in der Grundlegung näher ausgeführt, läßt sich zwar die Standardentwicklung und Standardsetzung stets einem der drei Bereiche der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zuordnen. Auf Ebene der Implementation und Durchsetzung von Pflegequalität sind jedoch zumindest dann, wenn man wie hier einen weiten Begriff der Qualitätssteuerung verwendet, Instrumente zu finden, die keinen engen und unmittelbaren Bezug zu den jeweiligen Standards einer der drei Dimensionen aufweisen. Diese, hier als allgemeine, qualitätsdimensionenübergreifende Instrumente der Implementation und Durchsetzung von Pflegequalität bezeichneten Ansätze, sollen im Folgenden – systematisiert in heiminterne und heimexterne Steuerungsansätze – näher erörtert werden.

##### *1. Heiminterne Steuerungsansätze*

Unter den dimensionsübergreifenden Implementationsmechanismen lassen sich eine Reihe von Steuerungsansätzen finden, die sich insofern als „heiminterne“ Maßnahmen

---

<sup>1897</sup> <<http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr13.pdf>>.