

sich diese überhaupt ablesen lassen) auf die intendierten Zielsetzungen dort schwer, wo sich beide nicht leicht voneinander unterscheiden lassen. Soweit Begleitmaterialien zu den Maßnahmen vorliegen – wie im Falle von Gesetzen etwa deren Begründung – können diese ebenso wie die Entstehungshintergründe einen Hinweis auf die beabsichtigten Steuerungszwecke liefern.

Die Steuerungsbereiche und die Steuerungsziele werden in den nächsten beiden Kapiteln als Grundstruktur sowie als funktionale Vergleichsgrundlage für die Länderberichte dienen. Dies wird im Folgenden zum Abschluß der Grundlegung erörtert.

D. Vergleichsgrundlagen und Aufbau der Länderberichte

Im englischen Länderbericht, der im nächsten Kapitel folgt, und im deutschen Länderbericht, der im Anschluß daran sogleich aus vergleichenden Betrachtung dargestellt wird, werden unter dem speziellen Blickwinkel der staatlichen Verantwortung die Systeme der stationären Langzeitzeitpflege dieser beider Länder vorgestellt. Ein analytischer Zugriff auf diesen sehr komplexen Ausschnitt der beiden Rechtsordnungen setzt – zumal aus rechtsvergleichender Perspektive – voraus, daß die Darstellung einem bestimmten, am Erkenntnisziel dieser Untersuchung orientierten Raster folgt.

Die generelle, sowohl den englischen Länderbericht als auch die vergleichende Betrachtung der deutschen Rechtsordnung umspannende Fragestellung ist, unter welchen Aspekten, in welchem Ausmaß und mit welchen Mitteln und Instrumenten sich der englische und der deutsche Staat für die primär durch Akteure des privaten Sektors erbrachten stationären Langzeitpflegeleistungen verantwortlich zeigen. Den Länderberichten liegt damit eine vom Staat als Verantwortungs- und Steuerungssubjekt ausgehende Perspektive zugrunde, wobei an dieser Stelle nochmals daran erinnert werden soll, daß die Termini „Staat“ und „Private“ hier als Breviatur für unterschiedlichste Akteure verwendet werden. Um diese Pauschalisierung aufzulösen, werden die Länderberichte zunächst mit einem kurzen allgemeinen Teil eingeleitet, der die an der stationären Langzeitpflege beteiligten Akteuren näher vorstellt und einen Überblick über das betreffende Sozialleistungsregime und die Grundstruktur des Langzeitpflegemarktes geben wird.

I. Einteilung in Verantwortungsbereiche

Nach der einleitenden Vorstellung der wichtigsten Akteure und der einschlägigen Sozialleistungen soll die staatliche Verantwortung für die stationäre Langzeitpflege sodann exemplarisch an drei zentralen Verantwortungsbereichen der stationären Langzeitpflege beschrieben werden, nämlich erstens anhand der von Staat übernommenen Infrastrukturverantwortung,⁷⁵⁷ zweitens anhand der staatlichen Verantwortung für die Quali-

757 Vgl. hierzu oben, S. 90.

tät der Pflegeleistungen und drittens anhand der Haftung, die staatliche Stellen für Schäden übernehmen, die Pflegebedürftigen infolge von Pflegefehlern der Leistungserbringer des privaten Sektors entstehen.

1. Staatliche Verantwortung für die Infrastruktur der stationären Langzeitpflege

Die staatliche Verantwortung für die Infrastruktur bezieht sich auf die Frage, inwiefern der Staat auf das Vorhandensein einer hinreichenden Pflegeinfrastruktur Einfluss nimmt. Dem Staat kann es nur dann gelingen, bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben auf private Träger zurückzugreifen, wenn im privaten Sektor auch die entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen gegeben sind. Ein Teilbereich hiervon betrifft die für die sozialrechtliche Leistungserbringung benötigten Kapazitäten, ohne daß sich die wohlfahrtsstaatliche Verantwortung auf diesen Bereich beschränken würde. Der Begriff „Infrastruktur“ soll in dieser Arbeit weit gefaßt werden und sich auf das Vorhandensein all derjenigen sächlichen und personellen Mittel beziehen, die für eine adäquate, d.h. den sozialstaatlichen Zielsetzungen entsprechende Leistungserstellung durch den privaten Sektor erforderlich sind. Hierunter fällt beispielsweise die Existenz entsprechenden Know-hows auf Seiten des dem Markt allgemein für die Langzeitpflege zur Verfügung stehenden Personals. Die Infrastrukturverantwortung läßt sich an dem Instrumentarium ablesen, mit dem staatliche Akteure gezielt auf das Vorhandensein einer so verstandenen Infrastruktur einwirken, also an der Infrastruktursteuerung⁷⁵⁸. Unterteilt in die Steuerung der personellen Infrastruktur einerseits und der sachlichen Infrastruktur andererseits bildet diese in den beiden Länderberichten – nach der einleitenden Beschreibung des betreffenden Sozialleistungssystems und der involvierten Akteure – jeweils den ersten Untersuchungspunkt der staatlichen Steuerungsinstrumente.

2. Staatliche Verantwortung für die Qualität der stationären Langzeitpflege

Der zweite zu beleuchtende Verantwortungs- und damit zugleich auch Steuerungsbe- reich betrifft die Steuerung der Pflegequalität. Hierbei geht es gewissermaßen um die Verantwortung des Staates für die Inhalte der vom privaten Sektor erbrachten stationären Langzeitpflegeleistungen. Zu ermitteln sind somit all diejenigen staatlichen Maßnahmen, die sich auf die Sicherung einer angemessenen Pflegequalität beziehen.

758 Mit dem Steuerungsbereich der Infrastruktursteuerung nicht zu verwechseln ist das Steuerungsinstrument der Struktursteuerung, also der Steuerung über die Vorgabe gewisser rechtlicher, organisatorischer Strukturen zur Handlungsanleitung. Ebenfalls auseinandergehalten werden müssen die Begriffe der Infrastrukturverantwortung (bezogen auf die tatsächliche, gegenständliche Infrastruktur) und der Strukturverantwortung (bezogen auf die Aufgabe, die rechtlichen Strukturen für das Tätigwerden Privater zu schaffen).

a. Pflegequalität

Was unter „Pflegequalität“ zu verstehen ist, läßt sich allerdings nur schwer definieren. Dies hängt vor allem damit zusammen, daß sich die Qualität pflegerischer Dienstleistungen nicht allein in der objektiven Beschaffenheit der jeweiligen physischen Hilfestellung ausdrückt und die Ergebnisse stationärer Pflegeleistungen daher mitunter nur sehr schwer evaluierbar sind. Weil Pflege unmittelbar im Bereich des Persönlichen stattfindet, bestimmt sich ihre Qualität beispielsweise maßgeblich auch durch die objektiv nur schwer beschreib- oder quantifizierbare Güte des sozialen Kontakts, die sich insbesondere durch einen würde- und vertrauensvollen Umgang mit dem Pflegebedürftigen auszeichnet.

Maxwell nannte als Dimensionen von Qualität im Bereich der *health care* die Zugänglichkeit der Dienste für den Nutzer, die Relevanz für die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung, die Effektivität der Dienste, Gerechtigkeit bei der Dienstleistung, die soziale Annehmbarkeit und Eignung der Dienste sowie schließlich deren Effizienz und Wirtschaftlichkeit.⁷⁵⁹ Diese Qualitätsaspekte wurden schließlich auch auf den Bereich der *social care* übertragen.⁷⁶⁰ Allerdings ist es nicht Ziel dieser Arbeit zu untersuchen, in welchem der Vergleichsländer eine höhere Pflegequalität erreicht wird oder welche der dort eingesetzten Steuerungsinstrumente sich in der Praxis als effektiver erweisen. Zudem lassen sich einzelne Steuerungsinstrumente den genannten Qualitätsdimensionen in der Regel nicht exklusiv zuweisen, weil sich Kategorien wie etwa „Bedürfnisrelevanz“, „Effektivität“, „Effizienz“ und „Wirtschaftlichkeit“ stark überschneiden.

Aus diesem Grund nähert sich diese Arbeit dem Thema „Pflegequalität“ aus einem anderen Blickwinkel und wird einem maßgeblich auf *Donabedian* zurückgehenden Qualitätsbegriff folgen. Während *Maxwells* Ansatz darauf zielte, inhaltliche Qualitätsmerkmale zu beschreiben, blieb *Donabedian* in dieser Hinsicht offener und definierte Pflegequalität als das Ausmaß, in dem sich die tatsächlich geleistete Pflege mit vorgegebenen Kriterien in Übereinstimmung befindet.⁷⁶¹ In diesem Sinne soll Pflegequalität auch in dieser Arbeit verstanden werden, unabhängig davon, ob das konkret intendierte Maß beispielsweise auf eine hinreichende, eine angemessene, oder – insoweit dies davon abweicht – auf eine den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Pflegequalität abzielt.

759 *Maxwell*, Quality assessment in health, British Medical Journal 288 (1984), S. 1471: „Access to services“, „Relevance to need (for the whole community)“, „Effectiveness (for individual patients)“, „Equity (fairness)“, „Social Acceptability“, „Efficiency and economy“.

760 *Bamford*, Commissioning and purchasing, S. 98.

761 Vgl. *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, part 2, S. 177 ff.

b. Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität

Auf eine Veröffentlichung von *Donabedian* aus dem Jahre 1966 geht ferner die noch heute in der Pflege- und Rechtswissenschaft⁷⁶² benutzte Dreiteilung von Pflegequalität in die Bereiche Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität zurück.⁷⁶³

Die Pflegestrukturen beziehen sich auf die Rahmenbedingungen der Pflegeleistungen, die etwa aus dem Betriebstyp und der Organisationsform der Einrichtung, der Verwaltungsstruktur, den fiskalischen Bedingungen, der Qualifikation und Zahl der beschäftigten Personals, dem Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot, den baulichen Gegebenheiten sowie der Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen bestehen.⁷⁶⁴

Die Prozeßqualität, in der Pflegewissenschaft auch oft einfach als Pflegequalität bezeichnet, betrifft die Art und Weise und den Umfang der pflegerischen Tätigkeit, d.h. der Pflegeprozesse. Hierzu zählen verschiedenste pflegerische Leistungen mit den Stadien der Informationssammlung (Pflegeanamnese), der Feststellung von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten, der Festlegung der Pflegeziele, der Planung der Pflegemaßnahmen, der Durchführung der geplanten Maßnahmen und schließlich der Beurteilung von Veränderungen und eventuell der Festlegung von neuen Zielen bzw. veränderten Pflegemaßnahmen.⁷⁶⁵ Die Prozeßqualität wird wesentlich durch Standards und Handlungsrichtlinien, auf die sogleich zurückzukommen sein wird, sowie die Pflegephilosophie der Einrichtung, Pflegekonzepte, -methoden und Pflegetechniken beeinflusst.⁷⁶⁶

Das Ergebnis der Pflege meint die Wirkungen der Pflegedienstleistungen auf den Zustand des zu Pflegenden,⁷⁶⁷ die sich allerdings nur schwer quantifizieren oder beschreiben lassen. Struktur- und Prozeßqualität lassen sich als logistische, prozedurale Basis der Ergebnisqualität verstehen, sind für diese aber keine hinreichende Bedingung.⁷⁶⁸ Das Ergebnis als *outcome* unterscheidet sich vom Ertrag (*output*), das die Menge der erstellten Leistungseinheiten oder die Zahl der Leistungsempfänger

762 Vgl. etwa das Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, RsDE 25 (1994), S. 53.

763 *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, part 2, S. 166 ff.; s. zu dieser Trias auch *Görres/Roes/Mittnacht/Biehl/Klün*, Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung, S. 134 f.

764 Vgl. *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, part 2, S. 169 f.; *Menche* [Hrsg.], Pflege heute, S. 69.

765 *Wied/Warmbrunn* [Bearb.], Pschyrembel Pflege, S. 584 f.; vgl. auch *Jung-Heintz/Lieser*, Pflegeprozess, S. 66 ff.

766 *Seel/Hurling*, Pflege des Menschen im Alter, S. 47. *Köther*, in: dies. [Hrsg.], Altenpflege, S. 784; vgl. auch das Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, RsDE 25 (1994), S. 53.

767 Vgl. *Kellnhauser*, Grundlagen der Qualitätssicherung in der Pflege, Die Schwester, der Pfleger 32 (1993), S. 246; ähnlich schon definierte Ergebnisse (*outcomes*) 1996 in den USA *Hatry u.a.*, Measuring Program Outcomes: A Practical Approach, S. 2: „benefits or changes for participants during or after their involvement with a program“.

768 *Reimer*, Qualitätssicherung, S. 136 f.

beschreibt. Ergebnisse sind personenbezogen⁷⁶⁹ und drücken sich in Parametern wie dem subjektiven Wohlbefinden des Bewohners, seiner Zufriedenheit, seinem Gesundheitszustand und der von ihm empfundenen Lebensqualität aus.⁷⁷⁰

Das Bestreben, Dienste oder Programme anhand der mit ihnen erzielten Ergebnisse zu bewerten, entwickelte sich in den USA im gemeinnützigen Sektor bereits gegen Ende der 1980-er Jahre zunächst in Bezug auf Zufriedenheitswerte bei den Dienstempfängern und dehnte sich zu Beginn der 1990-er Jahre schließlich auf weitere Kriterien aus. Als relevante Ergebnisdimensionen wurden etwa Zuwächse oder Veränderungen beim Leistungsempfänger im Hinblick auf dessen Wissensstand, Einstellung, Werte, Fertigkeiten, Verhalten, Zustand oder Stellung untersucht.⁷⁷¹ In der stationären Pflege zählen zur Ergebnisqualität insbesondere der Gesundheits- und der Pflegezustand des Pflegebedürftigen, pflegerische Parameter wie z.B. die Dekubitusrate, die Inzidenz-Prävalenz, der Schmerzscore oder die Sturzrate. Insbesondere die Pflegewissenschaften stehen vor der Herausforderung, zum einen die Parameter zu benennen, mit denen sich die Ergebnisqualität aussagekräftig beschreiben läßt, und zum anderen valide Kriterien zu entwickeln, die einen zuverlässigen Rückschluß auf die einzelnen Ergebnisqualitätsparameter zulassen.⁷⁷²

c. Pflegestandards

Als Basis einer qualitätsorientierten Pflege dienen die sogenannten „Pflegestandards“.⁷⁷³ Sie stellen in einer Pflegeeinrichtung verbindlich eingeführte, präzise Richtlinien für die Qualität eines bestimmten Aspekts der Pflege dar. Hierzu müssen sie Kriterien enthalten, die die Evaluation der Effektivität dieses Aspektes ermöglichen.⁷⁷⁴ Über die Beschreibung objektiv nachprüfbarer Kriterien in Gestalt zumindest angemessener Ziele und Methoden legen sie das angestrebte Qualitätsniveau fest,⁷⁷⁵ ohne daß Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle ins Leere gehen würden. Auch die Pflegestandards lassen sich an die auf *Donabedian*⁷⁷⁶ zurückgehenden Qualitätsdimensionen anknüpfen und entsprechend in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisstandards unterteilen.

769 *Plantz* u.a., Outcome Measurement: Showing Results in the Nonprofit Sector, S. 17.

770 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.

771 *Plantz* u.a., Outcome Measurement: Showing Results in the Nonprofit Sector, S. 16 f., 19 ff.

772 Zu einem Versuch, Aussagen über die Parameter und Determinanten der Lebensqualität pflegebedürftiger alter Menschen aus einer theoretischen sowie empirischen Perspektive zu treffen s. *Vaarama/Pieper/Sixsmith* [Hrsg.], Care-related Quality of Life in Old Age.

773 Zu Qualitätsstandards allgemein vgl. *Reimer*, Qualitätssicherung, S. 145 ff.

774 *Kellnhauser*, Grundlagen der Qualitätssicherung in der Pflege, in: Die Schwester/Der Pfleger 32 (1993), S. 246.

775 *Kellnhauser/Lieser*, Qualitätsmanagement in der Pflege, S. 161.

776 *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, part 2, S. 166 ff.

Gegenstand von Strukturstandards sind grundsätzlich die oben beschriebenen Rahmenbedingungen der Pflege, beispielsweise die baulichen und personellen Gegebenheiten einer Einrichtung. Teilweise werden Strukturstandards aber auch enger gefaßt und stärker auf die Pflegeleistungen als solche bezogen. So verstanden definieren Prozeßstandards vor allem, wer zu welcher Zeit an welchem Ort Pflegeleistungen vornimmt und welche sachlichen Mittel hierfür zur Verfügung stehen müssen. Damit betreffen sie unter anderem die Kompetenzabgrenzung innerhalb des Pflegepersonals und die für die Vornahme der Pflegeleistungen benötigten Materialien.⁷⁷⁷

Weil die letztgenannten Aspekte jedoch in einem sehr engen Zusammenhang mit den konkreten Pflegeprozessen stehen, werden sie in dieser Arbeit im Zusammenhang mit der Steuerung der Prozeßqualität besprochen. Ohnehin sind die meisten Pflegestandards insofern primär prozeßorientiert, als sie schwerpunktmäßig aus Prozeßstandards bestehen. Prozeßstandards enthalten – losgelöst vom Einzelfall – Beschreibungen einzelner pflegerische Prozesse und Handlungen einer Pflegeperson an einer zu pflegenden Person.⁷⁷⁸ Prozeßstandards sind jedoch keine Arbeitsablaufbeschreibungen,⁷⁷⁹ die zu einer standardisierten, d.h. nicht mehr am Individuum orientierten Pflege führen würden, sondern sie stellen Orientierungsschemata dar, anhand derer die individuellen Pflegeprozesse zu planen sind.⁷⁸⁰

Ergebnisstandards beschreiben demgegenüber das beabsichtigte Pflegeergebnis. Die Entwicklung aussagekräftiger Ergebnisqualitätskriterien und Indikatoren steht, wie auch die Länderberichte verdeutlichen werden, noch am Anfang. Weil das weitgehende Fehlen valider Parameter zur Evaluation der Ergebnisqualität zahlreiche Erfassungsprobleme mit sich bringt,⁷⁸¹ wurde häufig auf Patientenzufriedenheitsmessungen zurück gegriffen.⁷⁸²

Auf den Pflegestandards bauen Instrumente der Qualitätskontrolle auf. Bei diesen handelt es sich um Maßnahmen der Verifikation oder Falsifizierung von Annahmen im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen. Sie umfassen die systematische Überwachung, Überprüfung und Kontrolle um herauszufinden, ob Pflegestandards eingehalten und die damit verbundene Pflegeziele erreicht werden.⁷⁸³

Für die Zwecke dieser Arbeit, die die staatliche Verantwortung und die dabei eingesetzten Steuerungsinstrumente untersucht, ist zum einen von Bedeutung, daß Pflegestandards und die Herstellung ihrer Verbindlichkeit nicht zwingend eine imperative Ge-

777 Vgl. *Kellnhauser/Lieser*, Qualitätsmanagement in der Pflege, S. 160 f.; *Menche* [Hrsg.], Pflege heute, S. 69.

778 *Kellnhauser*, Grundlagen der Qualitätssicherung in der Pflege, in: Die Schwester/Der Pfleger 32 (1993), S. 246; vgl. auch Memorandum zur Qualitätssicherung bei der Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, RsDE 25 (1994), S. 53.

779 S. etwa *Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, S. 6.

780 *Kellnhauser*, Grundlagen der Qualitätssicherung in der Pflege, in: Die Schwester/Der Pfleger 32 (1993), S. 246.

781 Zu den Schwierigkeiten der Qualitätsmessung allgemein s. *Reimer*, Qualitätssicherung, S. 147 ff.

782 *Roes* u.a., Grundlegende Kategorien im Qualitätsdiskurs, S. 135.

783 Vgl. *McDonald*, Community Care, S. 71.

und Verbotssteuerung voraussetzen. Die Standardentwicklung ist in aller Regel auf das im privaten Sektor in Wissenschaft und Pflegepraxis vorhandene Wissen angewiesen, das der Staat auf unterschiedliche Weise fördern und nutzbar machen kann, etwa durch finanzielle Anreize oder durch die Schaffung institutioneller Voraussetzungen für die Standardentwicklung. Für die Herstellung der Verbindlichkeit kommen schließlich auch kooperative oder selbstregulative Maßnahmen in Betracht.

Zum anderen muß betont werden, daß gerade auch bei der Steuerung der Prozeßqualität neben den mit den Pflegestandards in Verbindung stehenden staatlichen Instrumenten weitere Mechanismen der Qualitätssteuerung existieren. Weil Qualitätssicherung ganz allgemein diejenigen Prozesse bezeichnet, die sicherstellen sollen, daß beim Pflegenden ein Bewußtsein für Qualität entsteht und er dieses Bewußtsein in die Erbringung der Leistungen einfließen läßt,⁷⁸⁴ können sich hierzu unter anderem auch informationsbasierte oder sonstige persuasive Mechanismen eignen.

d. Aufbauhinweise

Die beschriebene Einteilung in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität soll auch den beiden Länderberichten als Grundraster für die Analyse der Qualitätssteuerung zugrunde gelegt werden. Demnach werden für beide der genannten Ebenen die betreffenden, auf die jeweilige Qualitätsdimension bezogenen Steuerungsinstrumente dargestellt. Dabei ist freilich zu bedenken, daß diese Bereiche nicht unbeeinflußt und bezugslos nebeneinander stehen. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sind gewissermaßen in einer „Wirkkette“ verbunden, auch wenn sich die Kausalbeziehungen zwischen diesen Elementen freilich sehr komplex darstellen und im Zusammenhang mit weiteren, von außen kommende Einflüsse und Gegebenheiten gesehen werden müssen.⁷⁸⁵

Nichtsdestotrotz lassen sich jeder einzelnen Qualitätsebene verschiedene Steuerungsinstrumente zuordnen. Weil Pflegeergebnisse nicht in einer monokausalen, eindimensionalen Beziehung zum pflegerischen Input stehen und weil sich Pflegeergebnisse nur schwer qualifizieren und quantifizieren lassen, ist es nur bedingt möglich, auf Pflegequalität allein mittels bestimmter Ergebnisvorgaben Einfluß zu nehmen. Eine Vielzahl der Steuerungsmittel setzt deswegen an den Ebenen der Strukturen oder der Prozesse an, freilich nicht als Selbstzweck, sondern um dadurch mittelbar die Ergebnisqualität der Pflege positiv zu beeinflussen. An die Pflegeergebnisse knüpfen hingegen einige Maßnahmen der Evaluation und der Überwachung an,⁷⁸⁶ die sich aufgrund ihres retrospektiven Charakters hierfür besonders eignen. Allerdings wird mittlerweile zunehmend auch versucht, aussagekräftige Ergebnisstandards als Zielparameter zu entwickeln, denen schon eine handlungsleitende, prospektive Funktion zukommt. Sofern sich einzelne Maßnahmen mehreren Qualitätsdimensionen gleichzeitig zuordnen lassen, werden sie grundsätzlich dort dargestellt, wo ihr Schwerpunkt zu sehen ist.

784 Vgl. *McDonald*, Community Care, S. 71.

785 Mit diesem Hinweis auch *Donabedian*, Evaluating the Quality of Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, part 2, S. 170, 185 ff.

786 Vgl. *Bamford*, Commissioning and purchasing, S. 99.

Innerhalb der jeweiligen Bereiche orientiert sich die Darstellung – soweit dies möglich ist – grundsätzlich an den fünf von *Igl*⁷⁸⁷ beschriebenen Dimensionen der Qualitätserstellung, nämlich der Entwicklung von Qualitätsanforderungen, der Herstellung ihrer Verbindlichkeit, der Umsetzung in der Praxis, der Qualitätsprüfung sowie den Reaktionen bei der Nichteinhaltung der Anforderungen. Hierbei ist allerdings zu beachten, daß dieses Raster nur dort ohne weiteres passt, wo es um die steuernde Einflußnahme auf Pflegequalität mittels der Setzung bestimmter Qualitätsanforderungen geht. Dieser Arbeit liegt jedoch ein sehr weiter Steuerungsbegriff zugrunde, der neben Instrumenten, die unmittelbar mit der Entwicklung und Durchsetzung von Qualitätsanforderungen in Zusammenhang stehen, noch andere Steuerungsansätze umfasst, die auf anderen Wirkmechanismen beruhen, welche in keinem direkten Zusammenhang mit bestimmten Qualitätsanforderungen stehen. Ein Beispiel bilden etwa wettbewerbsbasierte Mechanismen oder die Unterstützung von Heimbewohnern bei der Durchsetzung ihrer „Konsumentenrechte“. Der dieser Arbeit zugrundeliegende weite Steuerungsbegriff führt ferner dazu, daß auch der Begriff der Qualitätsanforderung nicht allein auf verbindliche Qualitätsanforderungen beschränkt ist, deren Nichteinhaltung stets zu bestimmten Reaktionen führen müsste. Für den Aufbau dieser Arbeit hat das zwei Konsequenzen:

Erstens läßt sich – worauf *Igl* auch selbst hinweist⁷⁸⁸ – das von ihm entwickelte Raster nicht bei allen Instrumenten „sklavisch abarbeiten“. Insofern wird es dieser Arbeit zwar stets gedanklich zugrunde liegen, aufgrund der Besonderheiten der einzelnen Instrumente wird es sich aber nicht immer explizit in der Darstellung niederschlagen.

Zweitens führt die Einbeziehung solcher Instrumente in die Darstellung der Qualitätssteuerung, die in keiner direkten Beziehung zu bestimmten Qualitätsvorgaben stehen, dazu, daß sich nicht alle staatlichen Steuerungsmaßnahmen in die grundsätzliche Unterteilung in struktur-, prozeß- und ergebnisqualitätsbezogene Qualitätsmechanismen einfügen lassen. Diese auf die Qualitätsdimensionen von *Donabedian* zurückgehende Systematisierung läßt sich nur dort konsequent handhaben, wo es um die Aufstellung und Durchsetzung einzelner Qualitätsanforderungen geht, weil diese Anforderungen notwendigerweise an einem der drei Qualitätsbereiche ansetzen. Einige der in den Länderberichten darzustellenden Instrumente stellen jedoch Implementationsmechanismen dar, die die Qualität in der Pflege in ganz allgemeiner Weise fördern sollen. Der Schwerpunkt dieser Maßnahmen liegt auf der Ebene der Qualitätsimplementation und -durchsetzung, ohne daß diese aber auf spezifische Qualitätsvorgaben bezogen wären. Weil die mit diesen Mechanismen – wie etwa dem Wettbewerb zwischen Einrichtungen oder der Unterstützung von Bewohnern beim Vorbringen von Beschwerden – durchzusetzenden Qualitätsstandards nicht vorherbestimmt sind, läßt sich auch der Konnex zu einzelnen Qualitätsdimensionen nicht mehr in einer Weise systematisch herstellen, die dem Charakter der betreffenden Instrumente gerecht würde. Aus diesem Grunde werden

787 *Igl*, Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege, SGB 2007, S. 386 ff.; *ders.*, Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113 a und § 113 b SGB XI, RsDE 67 (2008), S. 38.

788 *Igl*, Zur Strukturierung des Rechts der Qualitätserstellung, RsDE 70 (2009), S. 6.

diese Maßnahmen im Anschluß an die struktur-, prozeß- und ergebnisqualitätsbezogene Steuerung unter einem eigenen Gliederungspunkt als „qualitätsdimensionenübergreifende Implementations- und Durchsetzungsmechanismen“ beschrieben.

3. Haftung des Staates für Pflegemängel seitens privater Leistungserbringer

Die staatliche Verantwortung in der stationären Langzeitpflege zeigt sich nicht nur in den hierfür bereitgehaltenen Sozialleistungen und der steuernden Einflußnahme auf das Vorhandensein der Pflegeinfrastruktur sowie auf die Pflegequalität. Sie drückt sich zugleich darin aus, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Staat von Pflegebedürftigen für etwaige Defizite der Leistungserbringung durch private Träger haftbar gemacht werden kann. Auch dieser Frage wird daher rechtsvergleichend für die englische und die deutsche Rechtsordnung nachgegangen.

II. Zusammenfassung

Zusammenfassend ergibt sich somit folgendes Grundraster der Länderberichte: den Beginn bildet eine Darstellung des Sozialleistungsregimes für stationäre Langzeitpflegeleistungen. In diesem Rahmen werden zugleich die Hauptakteure sowie die grundlegenden Marktdaten im jeweiligen Land vorgestellt. Hieran schließt eine Analyse zunächst der personellen und sodann der sachlichen Infrastruktursteuerung an. Den dritten Teil schließlich bildet die Qualitätssteuerung, die ihrerseits in die Einflußnahme auf die Struktur-, die Prozeß- und die Ergebnisqualität sowie in die bereichsübergreifende Qualitätssteuerung unterteilt ist. Den Schluß der Länderberichte bildet die Darstellung der Haftung des Staates für Fehler und Defizite in der Leistungserbringung durch private Heimträger.