

## *II. Prozeßbezogene Steuerung der Pflegequalität*

Bislang wurden Instrumente der Strukturqualitätssteuerung beschrieben. Diese beeinflussen die Erstellung von Pflegeleistungen und die dadurch erzielten Pflegeergebnisse mittelbar, indem sie auf die Rahmenbedingungen einwirken, innerhalb derer Pflegeleistungen erbracht werden. Im Folgenden werden nunmehr Maßnahmen vorgestellt, die sich unmittelbar mit der Erbringung von *personal* und *nursing care*-Leistungen befassen und direkt an den Pflegeprozessen ansetzen.

### *1. Regelungen des CSA 2000-Regimes*

Einige, oftmals sehr allgemein gehaltene pflegeprozedurale Vorgaben, die als Instrumente der imperativ-hoheitlichen Ge- und Verbotssteuerung zu qualifizieren sind, enthalten die CHRegs 2001, die durch „weiches Recht“ in Gestalt der NMS konkretisiert werden.

Sie betreffen beispielsweise die Aufstellung individueller Pflegepläne (*service user's plans*), die basierend auf einer Begutachtung des individuellen pflegerischen Bedarfs des einzelnen Bewohners erstellt werden und als Koordinationsinstrument für den Pflegeprozeß dienen. Nach reg. 14 CHRegs 2001 darf ein neuer Bewohner grundsätzlich nicht in das Heim aufgenommen werden, bevor er einer entsprechenden Begutachtung unterzogen wurde und deren Ergebnis mit ihm oder einem Vertreter beraten wurde. Bei Personen, für deren Unterbringung eine Kommune verantwortlich ist, kann hierzu auf das *assessment of needs* nach s. 47 NHSCCA 1990 zurückgegriffen werden.<sup>1794</sup> Für Personen, bei denen bislang keine derartige Begutachtung durchgeführt wurde, spezifiziert Standard 3.3 NMS die notwendigen Inhalte der vorzunehmenden Bedarfsermittlung.

Gem. reg. 15 CHRegs 2001 ist im Anschluss an diese Bedarfsermittlung unter Beteiligung des Bewohners ein individueller Pflegeplan auszuarbeiten, der beschreibt, mit welchen Leistungen dem festgestellten Bedarf im Einzelnen nachgekommen werden soll. Standard 7.3 der NMS ergänzt dies um die Vorgabe, daß hierbei ein besonderes Augenmerk auf die Sturzprävention gelegt werden soll und daß die Pflegepläne mit den für die Pflege älterer Menschen einschlägigen Leitlinien der Berufsorganisationen („*clinical guidelines produced by the relevant professional bodies*“) übereinstimmen müssen. Welche Leitlinien und welche Berufsorganisationen mit diesem Verweis in Bezug genommen werden, ist unklar: teilweise werden der *General Social Care Council* sowie der *Nursing and Midwifery Council* als „*professional bodies*“ bezeichnet.<sup>1795</sup> Allerdings handelt es sich bei diesen nicht um Berufsorganisationen, sondern um Regulierungsbehörden der *social workers* und *social care workers* bzw. der *nurses*, die zudem

---

<sup>1794</sup> Vgl. Standard 3.2 NMS; *Engelman/Spencer*, Care Standards Manual, Rn. 4-076. Zum *assessment of needs* unter s. 47 NHSCCA 1990 siehe oben, S. 164 ff.

<sup>1795</sup> So etwa *Cass/Robbins/Richardson*, Dignity in care, S. 140; vgl. auch <<http://www.gscc.org.uk/News+and+events/Media+releases/2001+archive/Regulatory+body+for+social+care+starts+work.htm>>.

bislang keine *clinical guidelines* herausgegeben haben. Eine klassische Berufsorganisation existiert für den Großteil des Pflegeheimpersonals, die *social care workers*, demgegenüber nicht. Mit der *British Association of Social Workers* besteht ein solcher Verband zwar für *social workers*, allerdings ist auch dieser nicht mit der Entwicklung von klinischen Leitfäden befasst. Der Verweis in Standard 7.3 NMS dürfte sich daher im Wesentlichen auf das *Royal College of Nursing*, den größten Berufsverband der professionellen *nurses* im Vereinigten Königreich, beziehen, das in der Tat an der Entwicklung von *clinical guidelines* beteiligt ist. Hierauf wird im Zusammenhang mit der Tätigkeit des *National Institute for Health and Clinical Excellence* zurückzukommen sein,<sup>1796</sup> das seinerseits aber ebenfalls keine Berufsorganisation darstellt.<sup>1797</sup>

Die einmal eruierte Bedarfssituation des Bewohners muß unter Beobachtung gehalten und der Pflegeplan erforderlichenfalls aktualisiert werden, regs. 14(2), 15(2)(b), (c) CHRegs 2001. Hinsichtlich der Durchsetzung ist insbesondere auf das Registrierungsverfahren hinzuweisen, bei dem das Vorhandensein genereller Vorkehrungen nachgewiesen werden muß, die die rechtzeitige und routinemäßige Anpassung der Pflegepläne sicherstellen.<sup>1798</sup> Verstöße gegen die regs. 14, 15 CHRegs 2001 sind zudem strafbewehrt, reg. 43(1) CHRegs 2001.

Ferner enthalten die CHRegs 2001 auch Gebote hinsichtlich der Dokumentation von Pflegeprozessen. Regs. 13(2), (8) und 17(1)(a) i.V.m. Schedule 3 CHRegs 2001 verlangen eine bewohner spezifische Aufzeichnung der Begutachtung, der Verabreichung von Medikamenten, von Unfällen, die den Bewohner in irgendeiner Weise beeinträchtigen, von sämtlichen *nursing care*-Maßnahmen zusammen mit dem jeweiligen Zustand des Bewohners, von medizinischen Behandlungen sowie von chirurgischen Eingriffen. Vorgeschrieben sind ferner die Erfassung sämtlicher aufgetretener Druckgeschwüre und Stürze des betreffenden Bewohners und der in diesem Zusammenhang erfolgten Pflegemaßnahmen, eine Dokumentation der Anwendung von fixierenden Maßnahmen sowie eine schriftliche Niederlegung der Umstände, bei denen die Wahl-, Bewegungs- oder Entscheidungsfreiheit des Bewohners mit dessen Einverständnis beschränkt wurde. Standard 8 NMS fügt weitere notwendige Inhalte der Pflegeakte hinzu. Der großen Bedeutung<sup>1799</sup> der Dokumentationspflichten insbesondere für die Kontinuität der Pflege entspricht es, daß die Nichtbeachtung der Dokumentationspflichten in gravierenden Fällen strafrechtlich verfolgt werden kann, reg. 43(1) CHRegs 2001.

Was einzelne pflegerische Maßnahmen und Pflegetechniken anbelangt, hält sich das CSA 2000-Regime mit inhaltlichen Normierungen zurück. Die in Standard 7.3 enthaltene Forderung, die persönlichen Pflegepläne müßten die Vorgaben der *clinical guidelines*

---

<sup>1796</sup> Dazu unten, S. 309.

<sup>1797</sup> Zu Aufgaben und Funktionen des SCIE siehe oben, S. 223 ff.

<sup>1798</sup> Die Angaben hierzu sind gem. reg. 4(1)(c) i.V.m. Sched 1 No. 15 CHRegs 2001 in das *statement of purpose* aufzunehmen, das der CSCI nach reg. 4(2) CHRegs 2001 vorzulegen ist.

<sup>1799</sup> Hierauf weist etwa das *Care Standards Tribunal* hin, s. *Care Standards Tribunal*, Joseph v Commission for Social Care Inspection [2007] 1052.EA und [2007] 1116.EA, para. 19, bezugnehmend auf die Entscheidung des Registered Homes Tribunal, Farooq and Farooq v Croydon London Borough Council (Decision No. 219), die noch unter Geltung des RHA 1984 erging.

*nes der professional bodies* erfüllen, zeigt zumindest indirekt die Erwartung an das Pflegepersonal, daß sich dieses an bestimmten externen, unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher oder pflegepraktischer Erkenntnisse entwickelten Standards zu orientieren hat.

Der Verweis auf Erkenntnisse aus den Pflegewissenschaften und der Pflegepraxis ist unter dem HSCA 2008 mittlerweile ausdrücklicher und umfassender gesetzlich verankert. Reg. 9(1)(b)(iii) der *Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010* normiert, daß die Planung und die Durchführung von Pflegeleistungen erkennen lassen müssen, daß veröffentlichte pflegewissenschaftliche Erkenntnisse guter pflegerischer Praxis und die entsprechenden Leitlinien der einschlägigen Berufs- und Fachorganisationen berücksichtigt wurden („*planning and delivery of care [...] in such a way as to reflect, where appropriate, published research evidence and guidance issued by the appropriate professional and expert bodies as to good practice in relation to such care*“). Damit ist der Verweis auf die Erkenntnisse hinsichtlich einer guten pflegerischen Praxis nunmehr zum einen nicht mehr länger nur auf die Wissensquellen der Berufsorganisationen beschränkt, sondern ausdrücklich auch auf die Erkenntnisse der Wissenschaften sowie die Veröffentlichungen von Fachorganisationen („*expert bodies*“) bezogen. Dies dürfte insbesondere auch als ein Verweis auf die einschlägigen *practice guides* des *Social Care Institutes for Excellence* zu verstehen sein, womit diesen über ihren lediglich informatorischen Charakter seither auch eine gewisse mittelbare Verbindlichkeit zukommt. Zum anderen ist der Verweis auf die Erkenntnisse guter fachlicher Pflegepraxis nicht mehr nur in den NMS bzw. den diese ersetzenden *compliance guidances*<sup>1800</sup> enthalten, denen keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit zukommt. Die Bezugnahme ergibt sich nunmehr auch aus der genannten, unmittelbar verbindlichen Rechtsverordnung. Ob hieraus auch praktische Unterschiede resultieren, wird wesentlich davon abhängen, wie das *case law* den Begriff „reflect“ in der Verordnung interpretieren wird. Die Gerichte könnten ihn entweder so verstehen, daß er lediglich ein eher unverbindliches „In-Betracht-Ziehen“ meint. Sie könnten andererseits aber auch im Sinne einer stärkeren Verbindlichkeit der Standards entscheiden, daß sich die Erkenntnisse guter fachlicher Praxis auch tatsächlich konkret in der Pflegeleistung widerspiegeln müssen. Die Wortwahl der Verordnung spricht – was auch die oben wiedergegebene Übersetzung verdeutlicht – eher für die letztgenannte Auslegung, was eine Stärkung der Bedeutung der pflegepraktischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse für das Regulierungsregime bedeuten würde.

Aus reg. 13(5) - (7) CHRegs 2001 läßt sich hinsichtlich der Prozesse zudem ableiten, daß die Pflegemaßnahmen so durchzuführen sind, daß sie die Bewohner keinen Risiken von Gesundheitsschäden oder Misshandlungen aussetzen, und daß freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur unter engen Voraussetzungen zulässig sind.

---

1800 Vgl. *Care Quality Commission*, Guidance about compliance – Essential standards about quality and safety, die in Appendix B (Schedule of applicable publications ), S. 217 ff., an mehreren Stellen auf die „evidence-based guidance about good practice published by ... professional bodies“ verweist.

Auch die NMS beschränken sich hinsichtlich der pflegerischen Versorgung entweder auf die Anordnung der Durchführung bestimmter Arten von Maßnahmen (etwa Maßnahmen der Dekubitusprävention, Standards 8.3 – 8.5 NMS, der Schmerzlinderung, Standard 12.2 NMS oder geeignete Maßnahmen für sturzgefährdete Bewohner, Standard 8.8 NMS) oder sie setzen lediglich Zielvorgaben (wie die Aufrechterhaltung der Körper- und Mundhygiene des zu Pflegenden, Standard 8.2 NMS). Mit Ausnahme der Verabreichung von Medikamenten, die in Standard 9 der NMS relativ ausführlich und mit Verweisen auf einschlägige Spezialgesetze beschrieben ist, gehen die NMS auf die Durchführung bestimmter Pflegemaßnahmen nicht im Einzelnen ein. Entsprechendes gilt für die *compliance guidances* unter s. 23 HSCA 2008.

Regs. 24 und 26 CHRegs 2001 schließlich enthalten Vorschriften zu Qualitätskontrollen durch die *registered persons*. Heimleiter und -betreiber sind nach reg. 24(1) CHRegs 2001 verpflichtet, ein Qualitätsbeurteilungssystem einzuführen, mit dem die Qualität der im Heim erbrachten Dienstleistungen überwacht werden soll. Weil dieses System aber auf die Qualitätssicherung nicht nur der pflegerischen, sondern auch sonstiger, hier im Zusammenhang mit den strukturellen Rahmenbedingungen dargestellter Dienstleistungen und Einrichtungsmerkmale (wie etwa den sozialen Aktivitäten oder dem baulichen Zustand der Heime) bezogen ist,<sup>1801</sup> soll dieses Instrument erst im Kontext derjenigen Implementationsmechanismen erörtert werden, die keine enge Beziehung zu einer der drei Pflegequalitätsdimensionen aufweisen.<sup>1802</sup>

## 2. Vorgaben durch arbeitsplatzsicherheitsrechtliche Vorschriften

Vorgaben für die Ausübung von Pflegemaßnahmen können sich bisweilen auch aus Arbeitsplatzschutzzvorschriften ergeben, weil diese nicht nur den Schutz der mit den jeweiligen Aufgaben betrauten Arbeitskräfte intendieren, sondern auch diejenigen Personen schützen sollen, die mit den Arbeitsleistungen in Berührung kommen.<sup>1803</sup>

Dabei sind allerdings durchaus Fallgestaltungen denkbar, in denen diese Vorschriften die Erbringung angemessener Pflegeleistungen scheinbar eher erschweren als fördern. Dies gilt insbesondere für die aufgrund des HSWA 1974 erlassenen *Manual Handling Operations Regulations 1992*<sup>1804</sup>, die den Transport und das Heben auch von Ladungen aller Art einschließlich von Personen<sup>1805</sup> (daher die Relevanz für Pflegeprozesse) regelt. Reg. 4(1)(a) der *Manual Handling Operations Regulations 1992* bestimmt, daß Arbeitgeber nach Möglichkeit verhindern sollen, daß ihre Angestellten Ladungen manuell transportieren oder heben, wenn dies ein Verletzungsrisiko für die Angestellten mit sich bringt. Der *East Sussex County Council* reagierte hierauf, indem er seinen *soci-*

---

1801 In der Fassung vor der Änderung durch S.I. 2006/1493 zum 1. Juli 2006 bezog sich reg. 24(1) CHRegs 2001 noch allein auf die eigentlichen pflegerischen Maßnahmen.

1802 Siehe unten, S. 324 ff.

1803 Siehe dazu oben, S. 275.

1804 S.I. 1992/2793.

1805 Siehe reg. 2(1) der *Manual Handling Operations Regulations 1992*.

*al care workers* das manuelle Heben von Personen vollständig untersagte, so daß bestimmte Unterstützungsleistungen nicht mehr angeboten werden konnten.<sup>1806</sup>

Richtigerweise sind die Vorschriften der *Manual Handling Operations Regulations 1992* jedoch nicht als absolutes Verbot zu verstehen, Personen ohne Hilfsmittel zu heben oder zu bewegen. Sie erfordern vielmehr eine Abwägung des Schutzes der Arbeitnehmer mit den Rechten der zu Pflegenden. Entsprechend wurde das vom *East Sussex County Council* ausgesprochene pauschale Verbot als Verstoß gegen das Verbot von unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung (ss. 6, 1 HRA 1998 i.V.m. Art. 3 EMRK) angesehen.<sup>1807</sup> Obgleich der HRA 1998 im Hinblick auf Privatzahler in privat betriebenen Pflegeheimen keine Anwendung findet (vgl. s. 145 HSCA 2008), dürfte sich auch im Hinblick auf diese Heime keine grundlegend unterschiedliche Beurteilung ergeben, weil auch dort schon nach der *Manual Handling Operations Regulations 1992* und nicht erst nach dem HRA 1998 gilt, daß das manuelle Heben nur soweit als möglich zu vermeiden ist, was Raum für die Beachtung der Interessen der Bewohner läßt. Käme es zu einem Rechtsstreit, hätten die Gerichte aufgrund ihrer eigenen Bindung an die EMRK die Vorschrift so auszulegen, daß sie nicht gegen die Bestimmungen der EMRK verstößt, vgl. s. 3, 6(3)(a) HRA 1998.

Nach richtigem Verständnis stehen Vorschriften wie die der *Manual Handling Operations Regulations 1992* einer qualitativ hochwertigen Erbringung von Pflegeleistungen daher nicht entgegen, sondern fördern diese. Dies ergibt sich aus den übrigen in reg. 4 der *Manual Handling Operations Regulations 1992* enthaltenen Anforderungen an den Arbeitgeber, die sich auf die Auswahl geeigneter Personen, auf die Notwendigkeit der Vermittlung der für die Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse oder auf Maßnahmen zur Minimierung des Risikos beziehen. Die damit verbundene Erhöhung der Sicherheit kommt nicht nur den Pflegekräften, sondern auch den Bewohnern zugute, deren Gesundheit bei unsachgemäßiger Ausführung von manuellen Hebevorgängen gleichermaßen gefährdet wäre. Vor diesem Hintergrund ist es gerechtfertigt, auch Arbeitsplatzschutzvorschriften in einen Zusammenhang mit der Steuerung der Pflegequalität zu stellen, wenngleich dies freilich nicht ihrer primären Zielsetzung entspricht.

Wie schon bei der Einflußnahme mittels des CSA 2000-Regimes handelt es sich auch bei diesen Vorschriften um Instrumente der hierarchisch-imperativen Steuerung durch Ge- und Verbote.

### *3. Praxisleitlinien des Social Care Institute for Excellence und des National Institute for Health and Clinical Excellence*

#### a. Praxisleitlinien des Social Care Institute for Excellence

Eine inhaltliche Einflußnahme auf die Pflegeprozesse bezeichnen auch die vom SCIE entwickelten Leitlinien guter fachlicher Praxis (*good practice guidelines*). Bei diesen

---

1806 Vgl. R (A and B) v East Sussex County Council [2003] EWHC 167 (Admin).

1807 R (A and B) v East Sussex County Council [2003] EWHC 167 (Admin), paras. 113 f., 153 ff.

handelt es sich um Praxisleitlinien, die sich ausführlich mit bestimmten Problem- und Aufgabenstellungen in der *social care* auseinandersetzen. Sie beruhen auf der Bewertung und systematischen Zusammenstellung von Wissen, Kenntnissen und Erfahrungen auf dem jeweiligen Themengebiet und stellen ein Instrument der persuasiven, informationsbasierten Qualitätssteuerung dar.

Das SCIE hat schon kurz nach seiner Gründung zum Ausdruck gebracht, daß es angesichts der Struktur der *social care „knowledge industry“*<sup>1808</sup>, die sich sehr stark vom Forschungssektor in der *health care* unterscheidet, in seine Tätigkeit ein möglichst breit gefächertes, multidisziplinäres und der Perspektive verschiedenster Beteiligter entstammendes Wissensspektrum einfließen lassen möchte. Entsprechend nimmt das SCIE in seine Analysen und Publikationen nun verschiedenste Berichte und Informationen aus den „Wissensquellen“ „*organisational knowledge*“ (Erfahrungsschatz von Organisationen, die sich um verschiedenste Belange in der Pflege kümmern), „*practitioner knowledge*“ (Erfahrungen des Pflegefachpersonals), „*user knowledge*“ (Erkenntnissen von Leistungsempfängern, *research knowledge* (wissenschaftliche Erkenntnisse) und *policy community knowledge* (die Erfahrungen derer, die strategische, politische Entscheidungen in der Pflege zu treffen haben) auf.<sup>1809</sup>

Um eine qualitätsorientierte Auswahl und Zusammenstellung der Evidenz vornehmen zu können, ließ das SCIE zunächst eine eigenständige Methodik zur Bewertung der „*Quality of Knowledge in Social Care*“ entwickeln.<sup>1810</sup> Diese ermöglicht es der SCIE, das den verschiedenen Wissensquellen entstammende Material mittels einer Reihe sowohl allgemeiner als auch quellenspezifischer Kriterien einer Qualitäts- bzw. Evidenzgüteprüfung zu unterziehen, bevor es in Arbeiten der SCIE wie die *practice guidelines* einfließt.<sup>1811</sup>

Viele der Leitlinien wurden für soziale Dienste für Erwachsene entwickelt. Zwar fallen damit auch die stationären Langzeitpflegeleistungen in ihren Anwendungsbereich. Ihr relativ breiter Fokus bringt es jedoch mit sich, daß die Praxisleitlinien in aller Regel keine spezifisch auf Pflegeheime zugeschnittenen Aussagen treffen. Entsprechend ihres breit gefassten Zuschnitts enthalten sie zudem nur wenige, konkret auf einzelne Pflegermaßnahmen bezogene Handlungsempfehlungen.

Dies zeigt etwa das Beispiel des *practice guides „Dignity in Care“*, der anhand verschiedener Beispiele guter fachlicher Praxis (sog. „*practice points*“) zeigt, wie Pflegebedürftige mit gebührendem Respekt behandelt werden können. Die meisten *practice points* weisen einen generellen Charakter auf, z.B. wenn es heißt, ältere Leistungsempfänger sollten als Gleichberechtigte behandelt werden und Kontrolle über das haben, was mit ihnen geschieht,<sup>1812</sup> oder wenn eine Leistungserbringung angeraten wird, die

---

1808 Ausführlich Fisher, The Social Care Institute for Excellence, Social Work & Social Sciences Review 10 (2002), no. 2, S. 11 ff.

1809 Zur genauen Umgrenzung dieser Wissensquellen Pawson u.a., Types and quality of knowledge in social care, S. 25 f.

1810 Vgl. Pawson u.a., Types and quality of knowledge in social care, S. 3 ff.

1811 Zu diesem Aspekt s. Pawson u.a., Types and quality of knowledge in social care, S. 29 ff.

1812 Cass/Robbins/Richardson, Dignity in Care. SCIE Adults' Services Practice Guide 9, S. 107.

die einzelne Person zum Maßstab des Handelns macht und nicht die angebotenen Dienstleistungen und die erbrachten Pflegehandlungen („*person-centred and not service- or task-oriented*“).<sup>1813</sup> Den engsten unmittelbaren Bezug zum Pflegeprozeß haben solche Empfehlungen, bei Informationsgesprächen mit den zu Pflegenden nach Möglichkeit auf Fachjargon zu verzichten, nicht zu unterstellen, daß der Pflegebedürftige keine eigenen Entscheidungen mehr treffen kann, oder die zu Pflegenden zu fragen, wie sie angesprochen werden möchten.<sup>1814</sup>

Ein ähnlicher Befund läßt sich für den im gemeinsamen Auftrag von SCIE und vom *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)<sup>1815</sup> sektorübergreifend für die Bereiche *health care* und *social care* entwickelten, multidisziplinären Praxisleitfaden „*Dementia*“<sup>1816</sup> feststellen. Die meisten der als „Pflegeprinzipien“ für demente Menschen bezeichneten Empfehlungen verweisen auf ideelle Werte, die bei der Pflege beachtet und verfolgt werden sollen. Beispielsweise sollen nach der Leitlinie demenzkranke Personen nicht aufgrund ihrer Erkrankung diskriminiert werden, ihnen soll jederzeit mit Respekt begegnet werden und die pflegerischen Maßnahmen sollen auf die Erhaltung und Förderung der persönlichen Unabhängigkeit zielen.<sup>1817</sup> Zu den spezifisch auf Einzelaspekte des Pflegeprozesses bezogenen Aussagen, die sich in der *guideline* vereinzelt finden lassen, zählen demgegenüber etwa Richtlinien für die Aufstellung von Pflegeplänen bei Demenzkranken sowie konkrete Hinweise auf geeignete pflegerische Interventionen wie etwa kognitionsstimulierende Gruppenübungen oder multisensorische Stimulationen.<sup>1818</sup>

Insgesamt betrachtet geben die Leitlinien des CSIE schwerpunktmäßig Empfehlungen für Pflegeleitbilder mit Bezug auf bestimmte Themenschwerpunkte wie etwa die Achtung der Würde des zu Pflegenden. Unter Leitbildern versteht die Pflegewissenschaft eine schriftliche Niederlegung der ideellen Werte und pflegerischen Grundeinstellungen gegenüber den Pflegebedürftigen, an denen sich der Pflegedienst orientiert.<sup>1819</sup> Konkrete Hinweise hinsichtlich bestimmter Aspekte des Pflegeprozesses im Sinne evaluierbarer Standards sind in den Leitlinien demgegenüber nicht in einer umfassenden, systematisierten Weise enthalten. Die Empfehlungen guter fachlicher Praxis bedürfen vielmehr erst der Umsetzung in einzelne Standards bzw. Handlungsanweisungen.

Im Hinblick auf den Wirkmechanismus dieser Praxisleitlinien gilt, daß diese zunächst – entsprechend der Funktion des SCIE als „*knowledge manager*“ – rein informa-

1813 Cass/Robbins/Richardson, *Dignity in Care. SCIE Adults' Services Practice Guide 9*, S. 81.

1814 Cass/Robbins/Richardson, *Dignity in Care. SCIE Adults' Services Practice Guide 9*, S. 81, 107.

1815 Näher zur Stellung und zum Aufgabenbereich des NICE sogleich unten, S. 308 ff.

1816 National Collaborating Centre for Mental Health, *Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*.

1817 National Collaborating Centre for Mental Health, *Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*, S. 108, 215 f.

1818 National Collaborating Centre for Mental Health, *Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*, S. 216, 260.

1819 Kellnhauser/Lieser, *Qualitätsmanagement in der Pflege*, S. 164.

torischen, persuasiven Charakter haben. Der Ansatz des SCIE geht dahin, durch die Qualität der Informationen und wohl auch durch die eigene Autorität der Institution die in der *social care* Tätigen davon zu überzeugen, die *good practice points* in die berufliche Praxis umzusetzen.

Eine unmittelbare rechtliche Bindungswirkung kommt ihnen bislang indes nicht zu. Auch der oben bereits erwähnte Verweis von Standard 7.3 NMS auf „*clinical guidelines produced by the relevant professional bodies*“ dürfte sich, wie das Wort *clinical* und das Fehlen eines Berufsverbands der *social care worker* zeigen, eher auf Handlungsanweisungen für die *nursing care* beziehen. Seit dem Inkrafttreten des HSCA 2008-Regimes existiert nunmehr allerdings erstmals auch ein expliziter gesetzlicher Verweis auf die Leitlinien der Fachorganisationen in der englischen Langzeitpflege.<sup>1820</sup>

Ihrem Anspruch entsprechend, die Standards guter fachlicher Praxis in der *social care* zusammenzutragen, ist es jedoch nicht ausgeschlossen, daß die Leitfäden der SCIE unabhängig von der erwähnten Implementierung durch die *Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010* auch schon unter dem CSA 2000 von Gerichten als Auslegungshilfe herangezogen werden können. Zu denken ist etwa an Schadensersatzprozesse, bei denen geklärt werden muß, ob bestimmte Pflegemaßnahmen in einem Pflegeheim unter Verstoß gegen die von einer vernünftig handelnden Pflegeperson zu erwartenden Sorgfaltspflicht und damit fahrlässig vorgenommen wurden.<sup>1821</sup> Dies würde mittelbar eine über einen rein informatorischen Charakter hinausgehende Wirkung erzeugen. Hierfür wäre aber freilich nicht nur eine gewisse Konsentierung der Leitlinien seitens der Professionen erforderlich, sondern die Leitlinien müßten auch hinreichend präzise Vorgaben für die Pflegeprozesse enthalten. Soweit ersichtlich, sind bislang von den Gerichten noch keine Rechtsstreitigkeiten unter Rückgriff auf *practice guides* des SCIE entschieden worden.

## b. Clinical Guidelines des National Institute for Health and Clinical Excellence

Das *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) gibt ebenfalls Praxisleitlinien in Gestalt sogenannter „*clinical practice guidelines*“ heraus, die zum Teil auch für Pflegeheime relevant sind. Bei NICE handelt es sich um eine 1999 gegründete spezielle Gesundheitsbehörde (*Special Health Authority*), deren Aufgaben unter anderem darin bestehen, im Rahmen ihres *Clinical Guideline Programme*<sup>1822</sup> Praxisleitfäden vornehmlich für Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes NHS zu entwickeln bzw. extern in Auftrag zu geben. Hiermit soll eine gewisse Standardisierung des Umfangs und der Qualität der Leistungen des NHS bewirkt werden.

Die klinischen Leitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen des NICE zur medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung von Personen mit bestimmten

---

1820 Zu Reichweite und Rechtsqualität dieses Verweises s. oben, S. 303.

1821 Zu den Elementen des *tort of negligence* Donohue v Stevenson [1932] A.C. 562.

1822 Ausführlich dazu *Joncheere* u.a., The Clinical Guideline Programme of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), S. 17 ff.

Krankheiten oder Bedarfskonstellationen dar.<sup>1823</sup> Sie beruhen auf Analysen evidenzbasierter Studien durch jeweils für die Leitlinienentwicklung gebildeten Expertengruppen und werden unter Konsultation verschiedenster Akteure entwickelt, die in der Praxis mit den Leitlinien zu tun haben.<sup>1824</sup>

Inhaltlich lässt sich aufgrund der Ausrichtung der Leitlinien auf *health care*-Leistungen nur ein Teil der *clinical practice guidelines* auch für die Erbringung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen fruchtbar machen, nämlich insbesondere die in Zusammenarbeit mit dem *Royal College of Nursing*, der größten englischen Berufsorganisation für *nursing*-Berufe, entwickelten Leitlinien. Als Beispiele können etwa die Praxisleitlinien zur Sturzprävention bei älteren Menschen<sup>1825</sup> oder zur Dekubitusproblematik<sup>1826</sup> genannt werden. Beide Leitfäden erwähnen ausdrücklich, daß sie auch die Schnittstelle zwischen NHS und den *social services* in den Pflegeheimen betreffen und deshalb wissenschaftliche Evidenz auch hinsichtlich dieses Einrichtungstyps einbeziehen.<sup>1827</sup> Die Leitlinien führen zunächst in die betreffende medizinische bzw. pflegerische Problematik ein, informieren dann über die Methodik, mit der sie erstellt wurden, und geben schließlich Empfehlungen zu einzelnen Maßnahmen, die auf der Auswertung evidenzbasierter Studien beruhen.

Die Empfehlungen betreffen die Identifikation und genaue Einschätzung des bei den betreffenden Personen vorliegenden Risikos sowie geeignete Interventionen und Kontrollmaßnahmen. Beispielsweise empfiehlt der Leitfaden zur Fallprävention zunächst ein *multifactorial risk assessment*, das Aspekte wie bisherige Stürze, die vorhandene Balance, Mobilität und Muskelkraft, ein vorliegendes Osteoporoserisiko, Sehschwächen usw. einbezieht.<sup>1828</sup> Als Interventionsmöglichkeiten werden Maßnahmeprogramme wie Kraft- und Balanceübungen, die Anpassung der räumlichen Umgebung und eine Anpas-

---

1823 Vgl. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, A Guide to NICE, S. 22.

1824 Detailliert zur Methodik der Leitlinienentwicklung *National Institute for Health and Clinical Excellence*, The guidelines manual, 2007.

1825 *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care/Guideline Development Group*, Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people.

1826 *Royal College of Nursing*, The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline, 2005.

1827 *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care/Guideline Development Group*, Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people, S. 14; *Royal College of Nursing*, The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline, S. 29, 59. Der über den Bereich des NHS hinausgehende Ansatz der *clinical guidelines* des NHS lässt sich auch daran erkennen, daß NICE 2004 ein Programm zur Förderung der Implementation seiner *guidelines* entwickelt hat, das sich nicht nur generell auch an *nurses*, sondern unter anderem an Arbeitnehmer des gemeinnützigen Sektors sowie an das Personal von Pflegeheimen wendet. Mit diesem Programm versucht das NICE, über Einwirkung auf Organisationen wie *Skills for Care* oder dem *General Social Care Council* Einfluss auf die Aus- und Fortbildungsinhalte für den genannten Personenkreis zu nehmen und so die Berücksichtigung der NICE-*guidelines* in der beruflichen Praxis auch außerhalb des NHS zu fördern. Vgl. dazu *National Institute for Health and Clinical Excellence*, An Education Strategy to support implementation of NICE Guidance.

1828 *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care/Guideline Development Group*, Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people, S. 60 ff.

sung der Medikation vorgeschlagen, wohingegen Maßnahmen wie „flettes Gehen“ (*brisk walking*) oder die Bereitstellung von Hüftprotektoren abgelehnt oder zumindest nicht empfohlen werden.<sup>1829</sup> Im Anhang der Leitlinien finden sich Detailinformationen zu den ausgewerteten Studien. Eine systematische Zusammenstellung überprüfbarer Struktur-, Prozeß- oder Ergebnisstandards, wie es in Deutschland etwa bei dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege des *Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege* versucht wird,<sup>1830</sup> enthalten diese Leitlinien bislang allerdings nicht.

Die Anwendbarkeit der Leitlinien auf die in Pflegeheimen auftretenden Problemkonstellationen ist allerdings nicht nur durch ihren primären Fokus auf den Gesundheitssektor eingeschränkt, sondern auch durch die damit einhergehende grundsätzliche Ausrichtung auf *health care professionals* als Adressaten der Empfehlungen. Außer für die *nurses* lassen sie sich für die in den Heimen tätigen *social care workers* daher nur schwer nutzbar machen. Um dieses Defizit zu beseitigen, verfolgen NICE und SCIE inzwischen einen stärker multiprofessionell orientierten Ansatz und arbeiten aufgrund einer Kooperationsvereinbarung auch bei der Entwicklung von Praxisleitlinien zusammen.<sup>1831</sup> Mit dem oben bereits mehrfach erwähnten *practice guide „Dementia“* wurde bereits ein erster Leitfaden in Kooperation beider Institute entwickelt, der in stärkerem Maße auch Bezüge zu den von *social care workers* in stationären Pflegeeinrichtungen wahrzunehmenden Aufgaben aufweist. In welchem Umfang und mit welchen praktischen Ergebnissen die beiden Institute diese Zusammenarbeit fortgesetzen, wird sich erst zeigen müssen. Möglicherweise wäre es aber gegenüber der gemeinsamen Leitlinienentwicklung vorzugswürdig, die vom NICE entwickelten Leitlinien durch das SCIE spezifisch für die Anforderungen der *social care* aufzuarbeiten, um so stärker auf den eigenen Sektor zugeschnittene Aussagen treffen zu können.

Die klinischen Leitlinien stellen für das Pflegepersonal außerhalb des NHS bislang keine unmittelbar verbindlichen rechtlichen Vorgaben dar. Von den *health professionals* des NHS wird aufgrund einer Anweisung des Gesundheitsministeriums allerdings erwartet, daß sie sich bei ihrer Tätigkeit grundsätzlich an diesen Leitlinien orientieren, wenngleich ihnen auch nicht in jedem Einzelfall gefolgt werden muß.<sup>1832</sup> Weil diese Anweisung jedoch nicht für die hier betrachteten Pflegeheime außerhalb des NHS gilt, sind auch die in den privaten *nursing care homes* beschäftigten *nurses* nicht durch die Ministeriumsanweisung an sie gebunden. Zwar zählen die *registered nurses* zu den *health professionals*,<sup>1833</sup> in privaten Pflegeheimen werden sie jedoch von den Pflegeheimträgern und nicht vom Nationalen Gesundheitsdienst beschäftigt. Dies gilt auch

1829 *National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care/Guideline Development Group, Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*, S. 62 ff.

1830 Vgl. etwa Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*, S. 12 ff.

1831 Partnership agreement between the Social Care Institute for Excellence and the National Institute for Clinical Excellence, S. 3, abrufbar unter <<http://www.scie.org.uk/networks/files/nice.pdf>>.

1832 *Department of Health, Standards for Better Health*, S. 11, Standards D5 und C2.

1833 Siehe etwa *Royal College of Nursing, The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline*, S. 13.

dann, wenn der NHS für die Kosten der *nursing care*-Komponente<sup>1834</sup> aufkommt. In diesen Fällen erstattet der NHS dem privaten Heim einen Teil der Kosten, übernimmt aber nicht die Lohnzahlungen für die *nurses*.

Eine Bindung der *nurses* an die NICE-Leitlinien könnte allerdings dadurch erfolgen, daß diese in den Verträgen angeordnet wird, die zwischen den Kommunen, dem zuständigen *NHS Care Trust* sowie dem Heimträger zur Abwicklung der Finanzierungsbeteiligung des NHS geschlossen werden. Die vom Gesundheitsministerium in diesem Kontext vorgeschlagenen Musterverträge<sup>1835</sup> enthalten jedoch keine entsprechenden Klauseln. Dies schließt freilich nicht aus, daß solche Regelungen in Einzelfällen gleichwohl existieren.

Eine gewisse – mittelbare – Verbindlichkeit der Leitlinien auch für die *nurses* in *nursing care homes* des privaten Sektors dürfte jedoch aus der Bindung der *registered nurses* an den Berufscode des *Nursing & Midwifery Councils* folgen. Dieser enthält Ethik-, Verhaltens- und Leistungsstandards für *nurses* und verpflichtet diese, sich in ihrer beruflichen Tätigkeit auf die beste verfügbare Evidenz, also die besten empirischen Nachweise für die Wirksamkeit der betreffenden Interventionen, zu stützen.<sup>1836</sup> Ange-sichts der Methodik, die bei der Entwicklung der klinischen Leitlinien des NICE ange-wandt wird, sind diese als Ausdruck dieser Evidenz zu verstehen. Schließlich werden die klinischen Leitlinien, wie oben dargelegt, im Zusammenhang mit der Aufstellung der Pflegepläne auch von Standard 7.3 NMS in Bezug genommen. Aufgrund der gegenüber den Praxisleitfäden des SCIE konkreter gefaßten Handlungsempfehlungen der klinischen Leitlinien ist bei diesen zudem eher vorstellbar, daß ihnen über das zivile Haftungsrecht eine gewisse Bindungswirkung zukommen kann, indem sie als Grundlage zur Entwicklung des jeweiligen Sorgfaltsmäßigstabs dienen.

Wie geschildert, gilt seit Inkrafttreten des HSCA 2008 nun auch für Pflegeheime ein ausdrücklicher Verweis auf die jeweils relevanten Leitlinien der SCIE. Aufgrund der grundsätzlichen Ausrichtung der klinischen Leitlinien auf das medizinische Personal dürfte sich hieraus für die *social care workers* eine Pflicht zur Beachtung jedoch allenfalls bezüglich der in Zusammenarbeit zwischen NICE und SCIE entwickelten Leitli-nien ergeben.

#### *4. Einflußnahme auf Pflegeprozesse durch den General Social Care Council*

Der im Zusammenhang mit der Steuerung des Pflegeheimpersonals bereits erwähnte *General Social Care Council* nimmt über die gem. s. 62(1) CSA 2000 erarbeiteten Co-

---

1834 Oben, S. 152.

1835 Abrufbar unter <[http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/NHSfundednursingcare/index.htm?IdcService=GET\\_FILE&dID=2740&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/NHSfundednursingcare/index.htm?IdcService=GET_FILE&dID=2740&Rendition=Web)> und <[http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/NHSfundednursingcare/index.htm?IdcService=GET\\_FILE&dID=13908&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/NHSfundednursingcare/index.htm?IdcService=GET_FILE&dID=13908&Rendition=Web)>.

1836 *Nursing & Midwifery Council*, The Code – Standards of conduct performance and ethics for nurses and midwives, S. 4.

*des of Practice for Social Care Workers*<sup>1837</sup> ebenfalls Einfluß auf die Pflegeprozesse. Der Kodex enthält eine Auflistung verschiedener Aussagen, die die existierenden Standards professionellen Verhaltens und professioneller beruflicher Praxis abbilden sollen, deren Beachtung von den *social care workers* bei ihrer täglichen Arbeit erwartet wird. Allerdings verbleibt der Kodex insgesamt betrachtet auf einem hohen Abstraktionsniveau.

Der Kodex gliedert sich in sechs allgemeine Anforderungen an die berufliche Praxis, nämlich die Rechte und Interessen der zu Pflegenden zu beachten, ihr Vertrauen zu gewinnen und aufrechtzuerhalten, ihre Unabhängigkeit zu fördern und sie vor Gefahren und Schäden zu schützen, das öffentliche Vertrauen in die sozialen Dienste zu fördern sowie Verantwortung für die Qualität der eigenen Arbeit und die Aufrechterhaltung und den Ausbau der eigenen beruflichen Fertigkeiten zu übernehmen. Diese Hauptaussagen werden durch insgesamt 41 Unterstandards konkretisiert. Der *Code of Practice for Social Care Workers* stellt jedoch keine eigenen Standards auf, sondern bildet lediglich die in der *social care*-Praxis bereits existierenden Standards ab. Nummer 6.1 des *Code* bestimmt, daß die einschlägigen Praxisstandards eingehalten und die beruflichen Tätigkeiten gesetzeskonform, sicher und effektiv ausgeführt werden müssen. Dies fungiert als Bindeglied zu den Erkenntnissen der Pflegepraxis und Pflegewissenschaften. Welche Standards dies im Einzelnen sind, bleibt allerdings offen. Grundsätzlich dürften hiervon aber unter anderem auch die Praxisleitlinien des SCIE umfasst sein, wenngleich diese bislang keine Standards im eigentlichen Sinne enthalten.

Für die Überwachung der Einhaltung des Kodex ist ebenfalls der GSCC zuständig. Er wird hierbei von der CQC unterstützt, die den GSCC informiert, wenn sie im Rahmen ihrer Kontrollen feststellt, daß ein beruflicher Verhaltenskodex verletzt sein könnte.<sup>1838</sup> Problematisch ist jedoch, daß sich das vom GSCC geführte Berufsregister bislang nicht auf *social care workers* in stationären Pflegeeinrichtungen erstreckt,<sup>1839</sup> so daß ein zentraler Implementationsmechanismus für den *Code of Practice for Social Care Workers* derzeit fehlt. Denn nur mit der Registrierung kann der GSCC die Pflegekräfte an den Kodex binden und sie auch wieder aus dem Register austragen, wenn sich eine Pflegekraft durch Verstöße gegen den Kodex als ungeeignet für die Ausübung ihres Berufs gezeigt hat (vgl. s. 59 CSA 2000).<sup>1840</sup>

Der GSCC erwartet, daß die Arbeitgeber auf längere Sicht gesehen ihre Pflegekräfte arbeitsvertraglich an den *Code of Practice* binden werden. Selbst in diesem Fall ist jedoch fraglich, ob die Arbeitgeber ein Interesse daran haben, bei Verstößen gegen den Kodex arbeitsrechtlich gegen ihre Pflegekräfte vorzugehen.

Bislang dürfte die Wirkung des Kodex lediglich darin liegen, daß der *social care worker* über einen an ihn gestellten Erwartungshorizont informiert wird. Hierzu trägt schließlich auch reg. 18(4) CHRegs 2001 bei, der die *registered persons* in die Pflicht

<sup>1837</sup> Enthalten in *General Social Care Council, Codes of Practice for Social Care Workers and Employers*, 2010.

<sup>1838</sup> Vgl. *Commission for Social Care Inspection, Policy and Guidance: Enforcement Policy*, S. 9

<sup>1839</sup> S. oben, S. 220 f.

<sup>1840</sup> Näher zum Entzug der Registrierung *Engelman/Spencer, The Care Standards Act 2000*, S. 67.

nimmt, die im Heim Beschäftigten über die Existenz und die Inhalte dieses Kodex zu informieren.

## 5. Vorgaben des National Service Framework for Older People

Im *National Service Framework for Older People*, das eine auf 10 Jahre ausgelegte, sektorübergreifende Strategie für die Erbringung von *health* und *social services* an ältere Menschen enthält, findet sich mit Standard 6, der Maßnahmen zur Verringerung von Stürzen bei älteren Menschen betrifft, auch ein prozeßbezogener Standard. Im Einzelnen werden verschiedene, sowohl präventive als auch nachsorgende Sturzinterventionen beschrieben, die bis spätestens 2005 von den lokalen Gesundheits- und Sozialdiensten angeboten werden sollten.<sup>1841</sup>

Als eine an die NHS-Behörden und die kommunalen Sozialämter gerichtete *guidance* ist das *NSF for Older People* für Heimträger des privaten Sektors allerdings nicht unmittelbar verbindlich.<sup>1842</sup> Es zeigt jedoch den Erwartungshorizont der Kommunen, die Pflegeplätze im privaten Sektor beziehen. Denkbar ist daher, daß die im NSF enthaltenen Standards Ausdruck in den Leistungserbringungsverträgen finden, so daß die Vorgaben über diesen Weg Relevanz für die Erstellung pflegerischer Leistungen in Pflegeheimen des privaten Sektors entfalten können. Die *Care Services Improvement Partnership* empfiehlt in diesem Zusammenhang allerdings, vertraglich keine konkreten Maßnahmen der Fallprävention zu vereinbaren, sondern bei der Leistungskommissionierung darauf zu achten, Verträge vornehmlich mit solchen Heimträgern abzuschließen, die Erfolge bei der Fallprävention vorweisen können.<sup>1843</sup>

## 6. Vorgaben für die Pflegeprozesse in den Leistungserbringungsverträgen

Bei der Darstellung des *commissioning*-Prozesses wurde bereits auf das Fehlen spezifischer, zentralstaatlicher Vorgaben für die Gestaltung der Leistungserbringungsverträge und die dadurch bedingte inhaltliche Varianz der eingesetzten Verträge hingewiesen. Aus diesem Grund ist auch die Frage, in welchem Umfang und mit welchem Inhalt die Verträge Spezifizierungen der zu erbringenden Prozeßqualität aufweisen, nur schwer zu beantworten. Lassen sich nämlich schon keine abschließenden Aussagen darüber treffen, ob, in welchem Umfang und mit welchem Inhalt die einzelnen Kommunen in ihre Leistungserbringungsverträge überhaupt eigenständige, über das CSA 2000-Regime hinausgehende Qualitätssicherungsanforderungen aufnehmen, so gilt das um so mehr im Hinblick auf Klauseln, die spezifische Dimensionen der Qualitätserstellung betreffen. Denkbar wäre jedoch ein Verweis auf etwaige, in der Pflegewissenschaft anerkannte Standards. Bei speziellen Leistungserbringungsverträgen für bestimmte Grup-

---

1841 Department of Health, National Service Framework for Older People, S. 76 ff.

1842 Zum Umfang der Bindungswirkung des *NSF for Older People* s. oben, Fn. 1028.

1843 Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2, S. 14.

pen Pflegebedürftiger ließe sich darüber hinaus auch an die Vereinbarung spezifischer Pflegekonzepte denken.

Die Musterverträge weisen allerdings keine derartigen Klauseln auf. Vorgaben an die Erstellung von Pflegeleistungen enthalten sie allenfalls in Gestalt von Pflegeleitbildern (wie etwa einer diskriminierungsfreien Pflege, die die Würde, die Privatsphäre und die Unabhängigkeit der Bewohner achtet) oder in Form der verbindlichen Vereinbarung bestimmter pflegerischer Aktivitäten wie Rehabilitationsprogrammen.<sup>1844</sup> Ansonsten hält sich das Vertragsmuster der *Care Services Improvement Partnership* mit der Einflußnahme auf die Pflegeprozesse weitgehend zurück und empfiehlt statt dessen einen ergebnisbezogenen Ansatz zur Steuerung der Leistungserbringung, auf den sogleich zurückzukommen sein wird.

Wenn sich die Verträge gänzlich einer näheren Spezifizierung enthalten, gilt nach s. 13 des *Supply of Goods and Services Act 1982*<sup>1845</sup> jedoch zumindest als stillschweigend vereinbart, daß die vertraglich geschuldeten Leistungen vom Vertragspartner mit angemessener Sorgfalt und entsprechendem Fachkönnen erbracht werden. Dies dürfte einem Verweis auf anerkannte Standards der Pflegepraxis gleichkommen, allerdings fehlt es hieran bislang in weiten Bereichen der Pflege.

## 7. Prozeßbezogene Qualitätssteuerung durch Einflußnahme auf die Pflegeausbildung

Zu den wichtigsten Einflußfaktoren auf die Gestaltung der Pflegeprozesse zählen schließlich die Inhalte, die in der Pflegeausbildung vermittelt werden. Den Rahmen hierfür bilden die oben<sup>1846</sup> bereits im Zusammenhang mit den Qualifikationsanforderungen bezüglich des Pflegepersonals dargestellten *National Occupational Standards for Health and Social Care* sowie die für das Pflegemanagement wichtigen *National Occupational Standards for Social Work*. Bereits auf Level 2 der NVQ für *Health and Social Care* kommt beispielsweise der korrekten Ausführung verschiedener Verrichtungen der *personal care*, dem Kontinenztraining und der Mobilitätsunterstützung der Bewohner eine große Bedeutung bei der Erlangung der Qualifikation zu.<sup>1847</sup>

Die staatliche Einflußnahme beschränkt sich bei der Entwicklung der *National Occupational Standards* allerdings auf die Bereitstellung des institutionellen Rahmens und der Vorgabe des Verfahrens für die Festlegung der Ausbildungsstandards. Die Spezifikation der Inhalte bleibt jedoch der Selbstregulierung durch die an der Pflegepraxis Beteiligten überlassen. Soweit der Staat damit in Verbindung stehend ein bestimmtes Qualifikationsniveau des in Heimen eingesetzten Pflegepersonals vorschreibt, handelt es sich um eine Ausprägung der oben bereits beschriebenen Strukturqualitätssteuerung.

---

1844 *Care Services Improvement Partnership, A Guide to Fairer Contracting Part 2*, S. 29 f.

1845 1982 chapter 29.

1846 Siehe S. 264.

1847 Vgl. *Nolan, Health & Social Care. S/NVQ Level 2*, S. 259 ff.

## 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 Rückkopplung der Qualität der Leistungserbringung an diese Standards derzeit noch kein zentrales Element der Qualitätssicherung im englischen System bildet. Allerdings zeigt sich das Pflegeregelungssystem 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 Anschub 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.