

II. Prozeßbezogene Steuerung der Pflegequalität

Wie bereits bei der staatlichen Einflußnahme auf die Strukturqualität deutlich wurde, nimmt die deutsche Rechtsordnung bislang sehr viel ausdrücklicher als die englische Bezug auf den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Als Grundanforderung jeglicher pflegerischer Leistungen gilt dieser Qualitätsmaßstab gleichermaßen auch für die Pflegeprozesse, auf die der Staat mit verschiedenen Instrumentarien Einfluß nimmt. Deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den in England angewandten Mechanismen sollen im Folgenden dargestellt werden.

1. Steuerung von Pflegeprozessen mittels des Heimaufsichtsrechts

Die Bezugnahme des Heimaufsichtsrechts auf die wissenschaftlich-fachlichen Erkenntnisse betonen schon die in § 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimG bzw. Art. 1 Abs. 1 Nr. 3 PflWoqG genannten Gesetzeszwecke. Zudem verlangen §§ 3 Abs. 1 und 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG sowie Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG, daß Heime so betrieben werden, daß eine angemessene Qualität der Betreuung einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gewährleistet ist. Anders als bei den strukturellen Rahmenbedingungen sehen die genannten Gesetze für pflegeprozedurale Aspekte allerdings keine Konkretisierung dieses Qualitätsmaßstabs durch Rechtsverordnungen vor.

Ähnlich wie die CHRegs 2001²⁷⁰⁴ gehen auch die Heimgesetze nur sehr punktuell auf einzelne Aspekte des Pflegeprozesses ein, beispielsweise indem sie generell eine bewohnerbezogene Pflegeplanung und -dokumentation oder einen bestimmten Umgang mit Arzneimitteln vorschreiben (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 7, 10 HeimG; Art. 3 Abs. 2 Nr. 8, 11 PflWoqG). Ein weiteres Beispiel bildet Art. 3 Abs. 2 Nr. 12 PflWoqG, der den Einrichtungen zur Umsetzung der Qualitätsanforderungen allgemein die Anwendung eines Fachkonzepts vorschreibt.

Aufgrund des weitgehenden Fehlens spezifischer gesetzlicher Vorgaben kommt der Prüftätigkeit der Heimaufsichtsbehörden daher grundsätzlich auch bei den Pflegeprozessen faktisch eine bedeutsame Rolle bei der Setzung von Qualitätsstandards zu. Angesichts der komplexen Natur von Prozeßstandards ist diese aber weniger deutlich ausgeprägt als bei der Entwicklung von Anforderungen an die Strukturqualität. So enthält etwa der Prüfleitfaden der FQA nur an wenigen Stellen detaillierte Aussagen zu Pflegeprozessen. Als Beispiele lassen sich etwa Prüfkriterien hinsichtlich der Pflegeplanung und -dokumentation, des Umgangs mit Medikamenten oder bezüglich freiheitseinschränkender Maßnahmen nennen.²⁷⁰⁵ Was einzelne pflegerische Interventionen anbelangt, fragt der Prüfleitfaden regelmäßig lediglich in abstrakter Weise danach, welche Maßnahmen hinsichtlich bestimmter Pflegeziele ergriffen werden, ob diese „adäquat“

2704 Vgl. oben, S. 301 ff. c

2705 *Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen*, Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern, S. 75 f., 95 ff., 101 ff.

sind bzw. ob Konzepte, Leitlinien oder Standards angewandt werden, deren Inhalt dem aktuellen fachwissenschaftlichen Stand entspricht.²⁷⁰⁶ Dieser Stand wird im Prüfleitfaden selbst nicht in umfassender, systematischer Weise konkretisiert. Statt dessen finden sich häufig Verweise auf extern entwickelte Expertenstandards,²⁷⁰⁷ auf die weiter unten noch zurückzukommen sein wird.

Ähnlich wie in England sind dem heimaufsichtlichen Instrumentarium somit nur vereinzelt konkrete Anforderungen an den Pflegeprozeß zu entnehmen. Wie die genannten Beispiele zeigen, beschränken sich die Vorgaben in aller Regel auf die generelle Anordnung bestimmter Elemente des Pflegeprozesses (etwa Planung und Dokumentation) und verwenden oftmals unbestimmte Rechtsbegriffe wie „angemessen“ oder „adäquat“.

2. Einflußnahme auf die Prozeßqualität mittels des Leistungserbringungsrechts

Die Diskussion um die Qualitätsentwicklung in der Pflege hat gezeigt, daß die Praxis gerade hinsichtlich der Pflegeprozesse einer verlässlichen Grundlage der qualitätsgesicherten Pflege in Gestalt einer Konkretisierung dieses abstrakten Qualitätsniveaus des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bedarf. Eine gewisse Spezifizierung erfährt dieser Qualitätsmaßstab durch verschiedene Instrumente des Leistungserbringungsrechts insbesondere des SGB XI, das – anders als in England – zahlreiche Mechanismen auch zur Steuerung der Prozeßqualität enthält.

a. Anforderungen im Vertragsregime des SGB XI

Hierfür steht zunächst grundsätzlich das oben im Zusammenhang mit der Einflußnahme auf die Strukturqualität bereits vorgestellte Instrumentarium zur Verfügung. Eine gewisse Konkretisierung der Prozeßqualitätsanforderungen haben die Leistungserbringer- und träger insbesondere in den bereits erwähnten, kooperativ entwickelten Vereinbarungen nach § 113 SGB XI getroffen. Anders als noch § 80 SGB XI a.F. bestimmt § 113 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 SGB XI nun ausdrücklich, daß die Vereinbarungen auch Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation zu regeln haben. Bereits die Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 80 SGB XI a.F. enthalten mitunter Anforderungen an die Pflegekonzeption der Einrichtungen, die individuelle Pflegeplanung und die Pflegedokumentation.²⁷⁰⁸ Durch die Festlegung von Vorbehaltsbereichen²⁷⁰⁹ wird zudem sichergestellt, daß wesentliche Aspekte der Prozeßqualität fachlich verantwortet werden.²⁷¹⁰ Auf einzelne pflegerische

2706 So etwa *Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen*, Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern, S. 74, 104 bezüglich der Kontinenz-erhaltung und Förderung bzw. der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.

2707 Siehe etwa *Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen*, Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern, S. 72, 97, 104, 108.

2708 Ziffer 3.2.2 der Grundsätze und Maßstäbe vom 7. März 1996 (s. oben, Fn. 2682).

2709 Dazu oben, S. 458.

2710 *Bieback*, Qualitätssicherung, S. 80.

Interventionen gehen allerdings auch die Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI a.F. nicht ein.

b. Einflußnahme auf die Pflegequalität durch Expertenstandards

Weiter oben wurde bereits erwähnt, daß die Entwicklung von Pflegestandards, die den in § 11 SGB XI in Bezug genommenen allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bilden, primär den einschlägigen Berufen und den Wissenschaften obliegt. Dies bedeutet aber nicht, daß der Staat auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung untätig bleiben müßte. Weil bislang in weiten Bereichen der Pflege allgemein verbreitete und gesicherte medizinisch-pflegerische Erkenntnisse fehlen,²⁷¹¹ versuchen staatliche Akteure auch in Deutschland, fördernd auf die Entwicklung von Qualitätsanforderungen einzuwirken. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, unterscheiden sich die zu diesem Zweck eingesetzten Instrumentarien zum Teil allerdings erheblich von den hierzu in England – insbesondere mit der Gründung des SCIE als „knowledge manager“ – verfolgten Ansätzen.

aa. Finanzielle Förderung der Qualitätsentwicklung

Ein wesentlicher Bestandteil der staatlichen Einflußnahme auf die Qualitätsentwicklung bestand bislang in der finanziellen Förderung sogenannter „Expertenstandards“. Bei diesen handelt es sich um Instrumente, mit deren Hilfe die Qualität von Pflegeleistungen definiert, eingeführt und bewertet werden kann. Sie bilden das Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses und dienen der Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, indem sie für ihren jeweiligen Themenbereich berufliche Aufgaben und Verantwortungen definieren und anwendungsorientiert darstellen, Innovationen in Gang setzen, eine evidenzbasierte Berufspraxis fördern und die Grundlage für einen Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen bilden.²⁷¹² Expertenstandards sollen eine einheitliche, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Basis der Qualität in der Pflege schaffen, um dem Umstand zu begegnen, daß in der Praxis seitens der Einrichtungsträger sowie der sozial- und heimrechtlichen Aufsichtsbehörden bislang unterschiedliche Maßstäbe als Grundlage für die Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungsbemühungen herangezogen werden.²⁷¹³ Anders als Pflegestandards²⁷¹⁴ zeichnen sich Expertenstandards durch ihre einrichtungsübergreifende Fachlichkeit

2711 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 41; *ders.*, Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege, SGB 2007, S. 388; *Ollenschläger*, Institutionalisierung, S. 61 ff.

2712 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, S. 2 f.; BT-Drs. 16/7439, S. 83; *Igl*, RsDE 67 (2008), S. 43; *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, § 113a Rn. 2, 5; *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 43.

2713 BT-Drs. 16/7439, S. 83; *Igl*, RsDE 67 (2008), S. 43. *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, § 113a Rn. 5.

2714 Siehe hierzu oben, S. 130 f.

aus.²⁷¹⁵ Sie bilden keine unmittelbar anwendbaren Qualitätsmaßstäbe, sondern sind – unter Beachtung des vorgegebenen Qualitätsniveaus – erst an die spezifischen Bedingungen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung und deren Zielgruppe anzupassen.

Expertenstandards wurden bislang insbesondere unter der Regie des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erarbeitet. Das DNQP ist ein bundesweiter privater Zusammenschluß von Pflegefachleuten, die sich aus wissenschaftlicher oder praktischer Sicht mit dem Thema der Qualitätssicherung in der Pflege beschäftigen. Die inhaltliche Steuerung des DNQP obliegt einem Lenkungsausschuß, dessen Mitglieder aus unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflegewissenschaft, des Pflegemanagements sowie der Pflegelehre und -praxis kommen.²⁷¹⁶ Zur Finanzierung der Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung der Expertenstandards wurden Fördermittel des BMG zur Verfügung gestellt, die zu den insbesondere aus dem Verkauf²⁷¹⁷ der Standards erzielten Eigeneinnahmen des DNQP hinzutreten.²⁷¹⁸ Der Staat griff damit in diesem Bereich der Pflegeprozesse bislang im Wesentlichen auf eine Steuerung mittels ökonomischer Anreize zurück, um so den im privaten Sektor vorhandenen Sachverstand zu Steuerungszwecken nutzbar zu machen.

Die Standards des DNQP richten sich als monodisziplinäre Qualitätsanforderungen an Pflegeeinrichtungen und -fachkräfte.²⁷¹⁹ Sie werden in einem sechsstufigen Prozeß von themenspezifischen Projektgruppen unter Koordinierung eines wissenschaftlichen Teams erarbeitet, modellhaft implementiert, in Konsensus-Konferenzen, Netzwerk-Workshops und DNQP-Veröffentlichungen diskutiert, konsentiert, verbreitet und bei Bedarf aktualisiert.²⁷²⁰ Anders als das SCIE, das „*user knowledge*“ ausdrücklich als relevante Wissensquelle bezeichnet und für dieses eine angepaßte Gütegradbewertung vornimmt,²⁷²¹ erwähnt das DNQP in seiner Methodik im Zusammenhang mit der Literaturanalyse Erfahrungsberichte oder sonstiges Wissen der Pflegebedürftigen nicht explizit, sondern scheint primär auf wissenschaftliches und praktisches Wissen mit hohen Evidenzgraden zurückzugreifen. Allerdings wird betont, daß die Expertenarbeitsgruppen bei der Ermittlung der besten verfügbaren wissenschaftlichen und praktischen Evi-

2715 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 43.

2716 <<http://www.dnqp.de>>.

2717 Die Expertenstandards werden vom DNQP zu einem Preis von jeweils ca. 20 € verkauft, was angesichts der zu ihrer Finanzierung eingesetzten Steuermittel sowie im Hinblick auf die Verbreitung der Standards durchaus kritisiert werden kann. Andererseits sollte nicht übersehen werden, daß bei einer kostenlosen Abgabe von Expertenstandards, deren Entwicklung bislang ca. 150.000 € pro Standard kostete (vgl. *Klie*, in *Klie/Kramer* [Hrsg.], SGB XI, § 113a Rn. 8), deren fachlich unabhängige Entwicklung in Gefahr geraten könnte. Für die Zukunft ist allerdings eine Finanzierung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Pflegeversicherungsunternehmen vorgesehen (s. dazu sogleich unten, S. 480), so daß diese Rechtfertigung entfallen dürfte.

2718 Dazu *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, S. 3 f.

2719 Siehe etwa *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, S. 13.

2720 Näher hierzu *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, S. 4 ff.

2721 Siehe oben, S. 306.

denz eigenständige Bewertungen vornehmen und Aussagen der Literatur relativieren können.²⁷²² Ferner können auch Themenvorschläge für Expertenstandards von Selbsthilfegruppen kommen, denn in den Projektgruppen ist jeweils auch ein Vertreter eines Patienten- und/oder Verbraucherschutzverbands Mitglied, und auch zu den Konsensus-Konferenzen werden stets entsprechende Vertreter geladen.²⁷²³ Somit kann auch in Deutschland bei der Entwicklung der DNQP-Standards die Perspektive der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden.

Bislang wurden sieben Expertenstandards zu den Themengebieten „Dekubitusprophylaxe“²⁷²⁴, „Entlassungsmanagement“²⁷²⁵, „Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“²⁷²⁶, „Sturzprophylaxe“²⁷²⁷, „Förderung der Harnkontinenz“²⁷²⁸, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“²⁷²⁹ sowie „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“²⁷³⁰ entwickelt, weitere Expertenstandards – etwa zu „Schmerzmanagement bei chronischen, nicht malignen Schmerzen“ – sind in Bearbeitung.

Die Standards sind in die Qualitätsdimensionen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse unterteilt und treffen für jede dieser drei Dimensionen Standardaussagen zu fünf bis sieben verschiedenen Qualitätsaspekten.²⁷³¹ Bezüglich der Prozeßqualität verlangt beispielsweise der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege, daß die Pflegefachkraft unter anderem „auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung des Patienten/Betroffenen, z.B. 30° Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und schwerkräftearmer Transfer [gewährleistet] und [...] soweit als möglich die Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen“ fördert

2722 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, S. 6 f.

2723 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege, S. 4 f., 9.

2724 *Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Februar 2004), 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002).

2725 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung (Juli 2009).

2726 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Entwicklung - Konsentierung- Implementierung (Mai 2005).

2727 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung - Implementierung (Februar 2006).

2728 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung (April 2007).

2729 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung (Juni 2009).

2730 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (März 2009).

2731 Für einen Überblick vgl. etwa *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, S. 15.

und „den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Betroffenen in individuell zu bestimmenden Zeitabständen“ begutachtet.²⁷³²

Neben der finanziellen Unterstützung des DNQP förderte das BMFSFJ seit 2002 auch das Modellvorhaben „Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung“ der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS).²⁷³³ Die BUKO-QS ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Wissenschaft, Management, Bildung und Verwaltung aus unterschiedlichen Berufsfeldern im Gesundheits- und Sozialwesen, die sich aktiv für die Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung einsetzen.²⁷³⁴ Sie tritt bei der Standardentwicklung lediglich als Träger auf und unterscheidet sich darin vom DNQP, das die Standards selbst erarbeitet.²⁷³⁵

Die Qualitätsniveaus der BUKO-QS werden als systematisch entwickelte, multidisziplinäre und evidenzbasierte Sets überprüfbarer Festlegungen zu strategisch relevanten Themen in der Langzeitpflege definiert.²⁷³⁶ Sie haben zum Ziel, berufsgruppen- und disziplinenübergreifende Wissensbestände für die Praxis zu national bedeutsamen Themen der Pflege und Betreuung zu bündeln. Sie werden daher multidisziplinär, also unter Einbeziehung der Expertise aus weiteren pflegerelevanten Gebieten wie etwa medizinischen oder therapeutischen Fachrichtungen, der Ernährungswissenschaft oder der Hauswirtschaft, entwickelt. Bislang wurden das „Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit für Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen“²⁷³⁷ und das „Qualitätsniveau II: Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“²⁷³⁸ veröffentlicht, „Qualitätsniveau III: Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf“ ist noch in Bearbeitung.²⁷³⁹ Jedes Qualitätsniveau formuliert zu einer Kernaussage zwischen fünf und sieben Zielen. Zu diesen Zielen werden handlungsleitende Empfehlungen gegeben, die sich prinzipiell an alle an der Versorgung beteiligten Personen richten. Obgleich die Qualitätsniveaus der BUKO-QS – anders als die Expertenstandards – nicht strikt nach Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterscheiden, lassen sich auch aus ihnen Anforderungen ableiten, die inhaltlich der Prozeß-

2732 *Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege* [Hrsg.], Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 3.4, Aussagen P2 und P7.

2733 *Bartholomeyczik* u.a., Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung, S. 5.

2734 Siehe <<http://www.buko-qs.de>>.

2735 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 42.

2736 Vgl. *Schäufele* u.a., Mobilität und Sicherheit für Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, S. 7. Ausführlich zu den Qualitätsniveaus s. *Kühnert*, Stand und Entwicklung der Qualität in der Pflege, in: Dräther/Jacobs/Rothgang [Hrsg.], Fokus Pflegeversicherung, S. 143 ff.

2737 *Schäufele* u.a., Mobilität und Sicherheit für Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen, herausgegeben von der BUKO-QS.

2738 *Bartholomeyczik* u.a., Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung, herausgegeben von der BUKO-QS.

2739 Zum Stand der Entwicklung s. <http://www.buko-qs.de/cms/front_content.php?idcat=48>.

qualität zuzuordnen sind. Beispielsweise enthält das Qualitätsniveau II zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung die handlungsleitende Empfehlung, wichtige Aspekte der Ernährungssituation (insbesondere Nahrungs- oder Flüssigkeitsmangel) systematisch zu erfassen und zu dokumentieren, um Risiken für eine unzureichende Aufnahme von Speisen und Getränken erkennen zu können. Werden Risiken erkannt, soll die angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme überprüft werden.²⁷⁴⁰

bb. Sicherstellungsauftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards

Nachdem sich die staatliche Einflußnahme auf die Qualitätsentwicklung lange Zeit primär auf die finanzielle Förderung der Standardentwicklung konzentriert hatte, wurde sie mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf eine neue, andersgeartete Grundlage gestellt: die Qualitätsentwicklung ist nunmehr im SGB XI verankert und ausdrücklich den Selbstverwaltungsinstitutionen der Pflegeversicherung überantwortet, denen bislang im Wesentlichen die Sicherstellung der vorhandenen Qualitätsanforderungen, nicht aber auch deren Entwicklung oblag.²⁷⁴¹

Nach dem neu eingeführten § 113a Abs. 1 S. 1 SGB XI sind die Vertragsparteien des § 113 SGB XI, zu denen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zählen, verpflichtet, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicherzustellen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen, § 113a Abs. 1 S. 3 SGB XI. Sie können nach § 113a Abs. 1 S. 4 SGB XI vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.

Hinsichtlich der vom DNQP bereits entwickelten Expertenstandards führt die Gesetzesbegründung aus, daß sie in den Aktualisierungsprozeß einzubeziehen seien.²⁷⁴² Diese Aussage sowie die Wahl des Begriffs „Expertenstandard“ in § 113a SGB XI zeigen, daß der Gesetzgeber bei Erlaß dieser Regelung vor allem die Standards des DNQP vor Augen hatte.²⁷⁴³ Allerdings wird in der Gesetzesbegründung²⁷⁴⁴ – und jetzt auch in der

2740 Bartholomeyczik u.a., Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung, S. 38.

2741 Zur fehlenden Bildung von Standards unter der früheren Gesetzeslage etwa *Igl/Klie*, Forum für Gesellschaftspolitik 2000, S. 163.

2742 DT-Drs. 16/7439, S. 83.

2743 So auch *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 49.

2744 BT-Drs. 16/7439, S. 84.

Verfahrensordnung²⁷⁴⁵ für die Standardentwicklung – betont, daß der Begriff „Expertenstandard“ auch multidisziplinäre Standards einbezieht, so daß etwa auch die von der BUKO-QS entwickelten Qualitätsniveaus in den Anwendungsbereich des § 113a SGB XI fallen dürften.²⁷⁴⁶

Über die Entwicklung, Aktualisierung und Einführung von Expertenstandards zu bestimmten Themen entscheiden die Vertragsparteien durch Beschluß, § 113a Abs. 1 S. 5 SGB XI. Der Sicherstellungsauftrag wird institutionell durch die Existenz einer „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ (§ 113b SGB XI) abgesichert, die eine fehlende Einigung der Vertragsparteien hinsichtlich eines derartigen Beschlusses ersetzen kann, § 113a Abs. 1 S. 6 SGB XI.²⁷⁴⁷ Neben den Vertragsparteien ist auch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend antragsberechtigt. Die Schiedsstelle ist gem. § 113b Abs. 2 SGB XI mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Richten die Vertragsparteien keine Schiedsstelle ein, kann dies auf Initiative des Präsidenten des Bundessozialgerichts erfolgen, § 113b Abs. 2 S. 3, 7 SGB XI.

Die Zuweisung der genannten Spruchkompetenzen an eine Schiedsstelle bildet zwar eine gewisse Gewähr gegen die Blockade der Entwicklung neuer Standards durch eine der Vertragsparteien. Andererseits aber sind keine gesetzlichen Vorkehrungen dafür getroffen, daß die Mitglieder der Schiedsstelle über die erforderliche einschlägige Fachkompetenz verfügen, um darüber befinden zu können, ob ein Standard tatsächlich *lege artis* entwickelt wurde.²⁷⁴⁸ Es ist daher nicht auszuschließen, daß Expertenstandards über die Schiedsstelle Wirksamkeit erlangen, denen es an einer hinreichenden wissenschaftlichen Fundierung mangelt und die darüber hinaus auch nicht den Konsens der Vertragsparteien finden konnten. Ob die Einsetzung einer Schiedsstelle im Zusammenhang mit dem Wirksamwerden von Expertenstandards, die den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-fachlichen Erkenntnisse ausdrücken sollen und deren wirksame Implementation auf eine breite fachliche Akzeptanz angewiesen ist, ein sinnvoller Mechanismus zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung ist, muß daher – ganz unabhän-

2745 Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 11. September 2008 in der Fassung vom 30. März 2009, S. 5. Näher zu dieser Verfahrensordnung sogleich unten, S. 478 f.

2746 Eine Ergänzung von § 113a Abs. 1 SGB XI um den expliziten Hinweis, daß Expertenstandards sowohl monoprofessionell als auch multidisziplinär ausgerichtet sein können, wie sie von der BUKO-QS im Januar 2008 in einer Anhörung vor dem Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestags vorgeschlagen wurde [vgl. Ausschußdrucksache 16(14)0327(56)], fand allerdings keinen Eingang in die Gesetzesfassung.

2747 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 53, kritisiert in diesem Zusammenhang, daß *de lege lata* keine Gewähr dafür besteht, daß in der Schiedsstelle auch hinreichend Sachverstand vorhanden ist, wenn die Frage beurteilt werden muß, ob die entwickelte Qualität auch *lege artis* entwickelt wurde.

2748 Vgl. *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 53.

gig von Bedenken bezüglich einer hinreichenden demokratischen Legitimation²⁷⁴⁹ – bezweifelt werden.²⁷⁵⁰

Neben der Verantwortung für die Entwicklung und Aktualisierung der Pflegestandards weist § 113a Abs. 2 S. 1 SGB XI den Vertragsparteien auch einen Sicherstellungsauftrag für die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens zu. Die Gesetzesbegründung verweist in diesem Zusammenhang erneut auf das DNQP, an dessen Verfahren und methodischem Vorgehen sich die Vertragsparteien orientieren sollen.²⁷⁵¹ Als wesentliche Aspekte des Verfahrens nennt § 113a Abs. 2 S. 3 SGB XI insbesondere die wissenschaftliche Fundierung, die Unabhängigkeit, die Mehrstufigkeit der Entwicklung und Konsentierung sowie die Verfahrenstransparenz. Das für die Verfahrensentwicklung vorgesehene Vertragssystem wird allerdings zum einen durch die Anordnung eines behördlichen Genehmigungsvorbehalts (§ 113a Abs. 2 S. 4 SGB XI)²⁷⁵² durchbrochen, weshalb auch nicht von einer abschließenden Letztverantwortung der Vertragsparteien gesprochen werden kann. Zum anderen ermächtigt § 113a Abs. 2 S. 5 SGB XI das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ, selbst eine Verfahrensordnung zu entwickeln, falls sich die Vertragsparteien nicht auf eine entsprechende Verfahrensordnung einigen können.²⁷⁵³

Im September 2008 haben die Vertragsparteien eine Verfahrensordnung nach § 113a Abs. 2 SGB XI beschlossen, die mit Schreiben vom 10. März 2009 vom BMG mit verschiedenen Hinweisen genehmigt und darauf zuletzt durch Beschluß vom 30. März 2009 nochmals aktualisiert wurde.²⁷⁵⁴ Die Verfahrensordnung sieht vor, daß die Vertragsparteien die Entwicklung bzw. Aktualisierung von Expertenstandards nach einer entsprechenden Ausschreibung bei fachlich unabhängigen Auftragnehmern in Auftrag geben. Sodann schließt sich – wie bei der Methodik des DNQP – ein mehrstufiges Verfahren an, das die Erarbeitung eines Expertenstandard-Entwurfs, die Durchführung einer Fachkonferenz, die Auswertung der Anregungen und die Erarbeitung eines fachlich konsentierten Entwurfs des Expertenstandards, eine modellhafte Implementierung und schließlich die Verabschiedung und Veröffentlichung des Expertenstandards unter

2749 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 54; vgl. auch *Neumann*, in: Schulin [Hrsg.], HdbSV-PfIV, § 21 Rn. 131.

2750 Kritisch auch *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 52 ff.

2751 BT-Drs. 16/7439, S. 84.

2752 Das BMG entscheidet hierüber im Einvernehmen mit dem BMFSFJ. *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 50, sieht im Genehmigungserfordernis einen Verstoß gegen das Vertragssystem und hält die staatliche Ersetzungsbefugnis für „anmaßend“.

2753 Kritisch zu diesen Durchbrechungen *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 50.

2754 Die Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 11. September 2008 in der Fassung vom 30. März 2009 kann unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_Verfahrensordnung_f%C3%BCrs_Internet_8227.pdf> abgerufen werden.

anderem im Bundesanzeiger und im Internet vorsieht. Die entwickelten Standards sind zudem regelmäßig zu aktualisieren.²⁷⁵⁵

Die nach der Verfahrensordnung entwickelten Standards werden gem. § 113a Abs. 3 S. 1, 2 SGB XI mit ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.²⁷⁵⁶ Der Regelungsgehalt dieser Vorschrift ist nicht unumstritten. Die Verbindlichkeit von Anforderungen, die sich aus dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft ergeben, kann sich im Wesentlichen aus berufsrechtlichen, sozialleistungsrechtlichen, zivilrechtlichen und strafrechtlichen Regelungen ergeben.²⁷⁵⁷ Wenngleich § 113a Abs. 3 SGB XI indirekt auch Einfluß auf die berufs- und strafrechtliche Verbindlichkeit der betreffenden Standards haben könnte, ist die Vorschrift aber doch Ausfluß einer sozialrechtlichen Verbindlichkeit. *Lege artis* zustande gekommene Standards drücken allerdings stets und insbesondere unabhängig davon, ob sie nach dem Verfahren des § 113a SGB XI entwickelt und im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden, den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse aus, an den die Einrichtungen gem. § 11 Abs. 1 S. 1 SGB XI gebunden sind und der ferner die verbindliche Basis des berufsfachlichen Handelns bildet. Insofern kann § 113a Abs. 3 SGB XI nicht in dem Sinne zu verstehen sein, daß ausschließlich die nach § 113a SGB XI entwickelten Standards als Qualitätsmaßstab für Leistungen nach dem SGB XI heranzuziehen wären. Der Stand der fachlichen Erkenntnisse kann sich deshalb auch nach Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes weiterhin nach wissenschaftlich anerkannten Methoden außerhalb des § 113a SGB XI weiterentwickeln und Bedeutung auch für die Leistungserbringung nach dem SGB XI erlangen.²⁷⁵⁸ § 113a Abs. 3 SGB XI kommt daher eher die Funktion zu, daß über die Verbindlichkeit eines Standards Klarheit herrscht.²⁷⁵⁹ Die Gefahr, daß § 113a SGB XI andere Formen der Qualitätsentwicklung in den Hintergrund treten läßt und es aufgrund des Fehlens von öffentlichen Fördergeldern außerhalb des Verfahrens nach § 113a SGB XI zu einer gewissen Monopolisierung der Standardbildung mit erheblichem Einfluß der Selbstverwaltungsparteien kommt,²⁷⁶⁰ darf freilich nicht unterschätzt werden. Umgekehrt dürfte § 113a SGB XI aber auch eine gewisse Anstoßfunktion für die bisher nur schleppend verlaufende Standardentwicklung zukommen.

2755 S. Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 11. September 2008 in der Fassung vom 30. März 2009, S. 5 ff.

2756 § 112 Abs. 2 S. 1 SGB XI verpflichtet die Einrichtungen zudem explizit zur Anwendung der Standards.

2757 S. etwa *Igl*, Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege, SGB 2007, S. 387 ff.; vgl. auch *Böhme*, Rechtliche Verbindlichkeit von nationalen Expertenstandards, *Die Schwester. Der Pfleger* 12 (2001), S. 1054 ff.

2758 Hierzu insbesondere *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 51 f.

2759 *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, § 113a Rn. 7; *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 52.

2760 *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 48, 54; *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, § 113a Rn. 7.

Mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurde in § 113a Abs. 4 SGB XI zudem die Finanzierung der Entwicklung und Überarbeitung von Expertenstandards geregelt. 90 % der Kosten sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, also einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft, zu tragen, für die restlichen 10 % haben die privaten Pflege-Pflichtversicherungsunternehmen aufzukommen. Dies bedeutet letztlich, daß die Kosten der Qualitätsentwicklung nun den Versicherten aufgebürdet werden, weil die Versicherungsträger zur Finanzierung auf die Beitragsmittel angewiesen sind.²⁷⁶¹ Weil die Entwicklung von Qualitätsanforderungen für die Pflege aber durchaus auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden kann, wäre aber zumindest ergänzend zur Beitragsfinanzierung auch eine Steuerfinanzierung gerechtfertigt gewesen.²⁷⁶²

Zusammenfassend betrachtet ist die staatliche Einflußnahme auf die Entwicklung von Pflegestandards somit auf zwei unterschiedlichen Ebenen angesiedelt: zum einen übertrug der Gesetzgeber mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Verantwortung für die Standardentwicklung der gemeinsamen, kooperativ auszuübenden Verantwortung von Heimträgern und Sozialleistungsträgern. Er schuf hierfür einen verbindlichen äußeren Rahmen, indem er die Zuständigkeiten festlegte, Vorgaben für die Entwicklung einer Verfahrensordnung traf, Sicherungsmechanismen für den Fall der Untätigkeit der verantwortlichen Akteure errichtete und schließlich einen Mechanismus dafür schuf, daß die entwickelten Standards eine – auch sozialrechtlich angeordnete – unmittelbare Geltungskraft erlangen. Zum anderen werden das Verfahren und schließlich die Standards mittels kooperativer Mechanismen im Wege der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Beteiligung staatlicher Stellen, nämlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände entwickelt. Die primär bei den Pflegekassen verortete Finanzierungsverantwortung liegt ebenfalls bei einem Akteur des öffentlichen Sektors, wenngleich sich dieser über Pflegeversicherungsbeiträge bei der Versichertengemeinschaft refinanziert. Diese Steuerungsmechanismen, die insbesondere für die Prozeßqualität von Bedeutung sind, stellen eine deutsche Besonderheit dar, für die es im englischen Langzeitpflegesystem keine Parallele gibt. Insbesondere existiert dort keine gesetzliche Zuweisung der Verantwortung für die Entwicklung der Pflegequalität. Statt dessen geht das englische Regulierungssystem in der stationären Langzeitpflege davon aus, daß sich die Standards guter fachlicher Praxis ohne weiteres im privaten Sektor, d.h. insbesondere in der Praxis und den einschlägigen Wissenschaften, entwickeln und sodann – als vorhandene Standards von staatlichen Akteuren wie insbesondere dem SCIE – erhoben, systematisiert und den Beteiligten in aufbereiteter Weise zugänglich gemacht werden können. Aus diesem Grund kommen in England informationsbezogenen Steuerungsmechanismen eine größere Bedeutung zu als in Deutschland, wo wiederum aufgrund der korporatistischen Struktur der Pflegeland-

2761 Kritisch *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 44 f., 46 f.

2762 Darauf wies auch die BUKO-QS im Januar 2008 in einer Anhörung vor dem Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestags hin, vgl. die Ausschußdrucksache 16(14)0327(56), S. 2.

schaft kooperative Elemente eine zentralere Rolle spielen, die nunmehr auch auf die Standardentwicklung erstreckt wurde.

c. Durchsetzung der Anforderungen

Zur Durchsetzung der prozeßbezogenen Anforderungen an die Erbringung von Pflegeleistungen im SGB XI stehen die im Rahmen der Strukturqualitätssteuerung bereits beschriebenen Instrumentarien zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen betont, daß die Expertenstandards nach § 113a SGB XI sukzessive auch Eingang in die Qualitätsprüfungsrichtlinien finden werden, die der Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste zugrunde liegen.²⁷⁶³ Schon jetzt fragen die Richtlinien danach, ob die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden bzw. ob konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant sind.²⁷⁶⁴ Die damit verbundene Rückbindung der Prüftätigkeit an den anerkannten Stand der fachlich wissenschaftlichen Erkenntnisse unterscheidet sich von der Rechtslage in England. Dort bestehen zum einen schon keine festen inhaltlichen Regelungen für die Prüftätigkeit der Lokalbehörden als Träger der Leistungen nach s. 21 NAA 1948, zum anderen existiert bislang jedenfalls unter der Geltung des CSA 2000 auch bei der ordnungsrechtlichen Überwachung durch die CQC keine derart explizite Anknüpfung an externe, in den Wissenschaften entwickelte Standards. Abzuwarten bleibt, inwiefern sich dies infolge des kürzlichen Inkrafttretens des HSCA 2008 und von reg. 9(1)(b)(iii) der Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010 ändern wird, wonach nunmehr 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.

Soweit die Qualitätsprüfungsrichtlinien des MDK eigene, den Pflegeprozeß betreffende inhaltliche Vorgaben enthalten, beziehen sie sich zum einen allgemein auf die Pflegedokumentation, zum anderen aber spezieller auf einzelne pflegerische Interventionen wie etwa Verrichtungen der Behandlungspflege, im Zusammenhang mit der Mobilität oder bezüglich der Kontinenzerhaltung.²⁷⁶⁵ Die Richtlinien fragen hierbei in der Regel allerdings lediglich danach, ob bestimmte Risiken überhaupt analysiert und so dann die „erforderlichen“ oder „sachgerechten“ Maßnahmen getroffen werden, ohne aber hierfür ihrerseits nähere Vorgaben zu machen.

2763 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009, S. 3.

2764 Anlage 2 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009, Ziffer 6.3.

2765 Anlage 2 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009, Ziffern 12, 13, 15.

3. Berufsrechtliche Vorgaben

Bei der Qualitätssicherung kommt in Deutschland erneut auch dem (direkten)²⁷⁶⁶ Berufsrecht ein wichtiger Stellenwert zu. Das bereits erwähnte AltPflG und die Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung²⁷⁶⁷ legen gem. § 3 Abs. 1 S. 1 AltPflG einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Inhalte fest, die die Ausbildung zum Altenpfleger umfassen muß, um die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 AltPflG nennt darüber hinaus ausdrücklich auch die Qualitätssicherung als notwendiges Thema der Ausbildung. Wie geschildert, geschieht die Konkretisierung dieses Rahmens auf Länderebene, in Bayern etwa unter maßgeblicher Beteiligung des Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung. Durch die Bestimmung des inhaltlichen Rahmens der Ausbildung wirken staatliche Stellen damit mittelbar auf die Gestaltung von Pflegemaßnahmen und auf die Qualität der Pflegeprozesse ein. Wenngleich, wie etwa in Bayern, durch die Bildung von Lehrplankommissionen auch der Sachverstand und die Interessen der Professionen und der Wohlfahrtsverbände einfließen,²⁷⁶⁸ existiert in Deutschland im Zusammenhang mit der Bestimmung der Ausbildungsinhalte allerdings keine der englischen *Skills for Care* vergleichbare staatlich organisierte Institutionalisierung privater (v.a. Arbeitgeber-) Interessen.

Ebensowenig ist in Deutschland eine staatlich veranlaßte Organisation der Pflegekräfte in einer Institution wie dem GSCC verwirklicht. Die Steuerungsinstrumente, die in England jedenfalls dann Wirkung entfalten könnten, wenn ein Berufsregister auch für die *social care worker* eingeführt ist, stehen in Deutschland deshalb in dieser Form nicht zur Verfügung. Nicht übersehen werden darf allerdings, daß auch das deutsche Berufsrecht – ohne auf entsprechende Institutionalisierungen der Pflegekräfte angewiesen zu sein – den Widerruf der Erlaubnis, die Berufsbezeichnung „Altenpfleger“ oder „Altenpflegerin“ zu führen, vorsieht, wenn sich die betreffende Person nach Abschluß der Ausbildung als ungeeignet oder unzuverlässig erwiesen hat (§ 2 Abs. 2 AltPflG). Hierin liegt ein funktionales Pendant zu der in England angedachten Möglichkeit, einer Pflegekraft ihre Registrierung in einem vom GSCC administrierten Berufsregister zu entziehen.

2766 Zur Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht vgl. *Igl/Welti*, Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, S. 23, 32.

2767 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418), zuletzt geändert durch Art. 31 des Gesetzes zur Umsetzung der RL 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686). Zu den Inhalten der Ausbildung s. insb. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der Verordnung.

2768 Dazu ausführlich oben, S. 439.

4. Sonstige Instrumente der Einflußnahme auf die Prozeßqualität

Neben den bislang beschriebenen Instrumenten, deren Wirkmechanismus entweder auf einer gesetzlich angeordneten, unmittelbaren Verbindlichkeit bestimmter pflegeprozessualer Vorgaben oder auf berufsrechtlichen Regelungen beruht, wird die staatliche Einflußnahme auf die Prozeßqualität durch persuasiv-informatorisch wirkende Maßnahmen ergänzt, wenngleich diese nicht die Bedeutung erreichen, die ihnen in England unter dem speziell zu diesen Zwecken gegründeten SCIE zukommt.

So wurde vom Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familien und Jugend beispielsweise eine Orientierungshilfe für die Pflegedokumentation herausgegeben,²⁷⁶⁹ die mit Hintergrundinformationen und konkreten Handlungsempfehlungen der in vielen Einrichtungen bestehenden Unsicherheit in Bezug auf die korrekte Form und das richtige Maß des Dokumentierens begegnen soll. Eine weitere, informationsbasierte Maßnahme zur Erhöhung der Pflegequalität ist in den vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. herausgegebenen Grundsatzstellungnahmen wie etwa zu den Themen „Pflegeprozeß und Pflegedokumentation“²⁷⁷⁰ oder „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“²⁷⁷¹ zu sehen. Mit diesen Publikationen ist beabsichtigt, nicht nur den Mitarbeitern des MDK, sondern auch Pflegefachkräften in Einrichtungen und Einrichtungsträgern eine praxisrelevante Zusammenfassung des aktuellen medizinisch-pflegerischen Wissens zur Verfügung zu stellen.²⁷⁷²

Trotz des Rückzugs aus der Finanzierungsverantwortung bei der Entwicklung von Expertenstandards beteiligt sich der Staat nach wie vor finanziell an der Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. Im Rahmen des Programms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ wurden beispielsweise durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Zeitraum von 2004 bis 2006 Mittel in Höhe von 3,8 Mio. € und von 2007 bis 2009 von weiteren 5,5 Mio. € für die Pflegeforschung zur Verfügung gestellt, um auf wissenschaftlicher Basis das Pflegehandeln im Versorgungsalltag zu verbessern.²⁷⁷³ Weitere Gelder werden unter anderem vom Bundesministerium für Gesundheit für den Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ bereitgestellt.²⁷⁷⁴

2769 *Mahlberg-Breuer/Mybes*, Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung, 2007.

2770 *Bruckner* u.a., Grundsatzstellungnahme Pflegeprozeß und Dokumentation.

2771 *Brüggemann* u.a., Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen

2772 Vgl. *Bruckner* u.a., Grundsatzstellungnahme Pflegeprozeß und Dokumentation, S. 3.

2773 S. hierzu *Bundesministerium für Gesundheit*, Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht, S. 60.

2774 *Bundesministerium für Gesundheit*, Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht, S. 60. Dort, S. 60 ff., werden zudem einige weitere, mit finanzieller Unterstützung der Bundesregierung betriebene Forschungsaktivitäten beschrieben.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, daß sowohl in England als auch in Deutschland staatliche Stellen steuernd auf die Prozeßqualitätsentwicklung einwirken und hierfür bestimmte Rahmenbedingungen geschaffen haben. Ferner bleibt in beiden Rechtsordnungen die Bildung und Entwicklung der inhaltlichen Anforderungen in stärkerem Maße der gesellschaftlichen, fachwissenschaftlichen Verantwortung überlassen, als dies im Zusammenhang mit den strukturqualitätsbezogenen Vorgaben der Fall ist. Dem entspricht es, daß in England wie auch in Deutschland die bezüglich der Pflegeprozesse vom Staat selbst getroffenen Vorgaben im Allgemeinen sehr abstrakt gehalten („erforderliche“, „geeignete“, „sachgerechte“ Maßnahmen) und somit auf eine Präzisierung durch extern entwickelte Erkenntnisse angewiesen sind.

Die staatliche Einflußnahme auf die externe Qualitätsentwicklung gestaltet sich in den verglichenen Rechtsordnungen unterschiedlich. In England wird die Qualitätsentwicklung durch das SCIE als zentrale Institution vorangetrieben, welche extern generierte Erkenntnisse unterschiedlicher Quellen zusammenträgt, bewertet, in Leitlinien guter fachlicher Praxis aufbereitet und den in der Pflege tätigen Akteuren in möglichst leicht zugänglichen Formen als Informationsquellen zur Verfügung stellt. Der Staat hat hierfür nicht nur durch die Gründung des SCIE einen strukturellen Rahmen geschaffen, sondern finanziert auch dessen Arbeit aus Steuermitteln, so daß er auch in finanzieller Hinsicht Verantwortung für die Generierung von Praxisleitlinien übernimmt.

Im Gegensatz hierzu hat der deutsche Staat in der Qualitätsentwicklung seine bislang wahrgenommene Finanzierungsverantwortung in Gestalt finanzieller Fördermaßnahmen für die Entwicklung von Pflegestandards reduziert und die Kosten der Erstellung von Expertenstandards der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgebürdet. Die Wahrnehmungsmodalität der staatlichen Verantwortung für die Qualitätsentwicklung hat sich dahingehend gewandelt, daß mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Wege der prozeduralen Steuerung rechtlich verbindliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, innerhalb derer die Qualitätsentwicklung stattzufinden hat. Eine deutsche Besonderheit, die im englischen Recht keine Parallele findet, besteht darin, daß zum einen die Entwicklung von Fachstandards in die kooperativ auszuübende Verantwortlichkeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern gestellt und somit dem Zusammenwirken staatlicher und privater Akteure überantwortet wird,²⁷⁷⁵ und daß hierfür zum anderen ein verbindliches Prozedere festgelegt wird, das letzten Endes zur gesetzlich angeordneten Verbindlichkeit der entwickelten Standards führt. Mangels eines ausdifferenzierten rechtlichen Regimes für das Leistungserbringungsverhältnis sowie aufgrund der fehlenden Organisation von Leistungsträgern und -erbringern in Verbänden und Vereinigungen wären für den Einsatz

²⁷⁷⁵ Diese Überantwortung der Pflegequalitätsentwicklung an Vertragsparteien der Selbstverwaltung stellt zugleich auch in der deutschen Langzeitpflege ein ungewöhnliches Novum dar, s. *Igl*, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 46.

eines derartigen Instrumentariums in England allerdings auch die strukturellen Voraussetzungen nicht gegeben.

Speziell mit Blick auf die Verantwortungsteilung zwischen Staat und Gesellschaft ist erwähnenswert, daß die Regelungen des § 113a SGB XI in Gestalt der beschriebenen, nachrangigen Kompetenzen und Befugnisse des BMG und des Präsidenten des Bundessozialgerichts zugleich Aspekte einer staatlichen Auffangverantwortung für den Fall enthalten, daß die Selbstverwaltungsparteien der ihnen übertragenen Verantwortung für die Qualitätsentwicklung nicht in der vorgesehenen Weise nachkommen.

An der Zuweisung der Verantwortung für die Entwicklung von Qualitätsanforderungen und der damit zusammenhängenden Methodik an die Vertragspartner des § 113a SGB XI kann kritisiert werden, daß sie einen gewissen Widerspruch zu dem Umstand darstellt, daß diese Aufgabe ihrem Wesen nach eigentlich primär der Wissenschaft und den Berufen obliegt. Die vielfach geforderte²⁷⁷⁶ Errichtung einer zentralen, unabhängigen Institution für die Qualitätsentwicklung in der Pflege hätte die Möglichkeit des Berufsstands Pflege, die Qualitätsanforderungen seines beruflichen Handelns selbst und autonom zu definieren, weniger stark angetastet, als diese Aufgabe einem Vertragsgremium zu überantworten, das nicht als neutrales Gremium ausgestaltet ist und auf das die Pflegeberufe im Konfliktfall keine gesicherten Einflußmöglichkeiten haben.²⁷⁷⁷ Eine übergeordnete, unabhängige und neutrale Basis auf nationaler Ebene zur Koordination oder Kooperation für die Entwicklung von Qualität (etwa ein „Zentrum für Qualität in der Pflege und Betreuung“) existiert trotz vehementer Forderungen²⁷⁷⁸ in Deutschland bislang jedoch nicht.²⁷⁷⁹ Dies gilt – trotz des auf nationaler Ebene angesiedelten SCIE – in gleicher Weise allerdings auch für England, weil dieses Institut aufgrund seiner nahen Anbindung²⁷⁸⁰ an das *Department of Health* nicht als unabhängige Instanz betrachtet werden kann.

Deutliche Unterschiede weisen beide Rechtsordnungen schließlich hinsichtlich der für die Fachstandards vorgesehenen Wirkmechanismen auf. Während § 113a Abs. 3 SGB XI eine unmittelbare, auf gesetzlicher Anordnung basierende Verbindlichkeit der verfahrensgemäß zustande gekommenen und im Bundesanzeiger veröffentlichten Expertenstandards bewirkt, werden die vom SCIE verfaßten *practice guides* nicht als ver-

2776 Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., 10 Jahre BUKO-QS, in: ders. [Hrsg.], 10 Jahre Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., S. II; *Deutscher Pflegerat*, Positionspapier vom 10. Januar 2007: Qualität in der Pflege nachhaltig gestalten; vgl. auch Bieback, Qualitätssicherung, S. 155 ff.; dazu ausführlich Hamdorf, Öffentliche und private Verantwortung für Qualität in der Pflege, S. 59 ff.

2777 Vgl. Igl, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 48 f.

2778 S. insbesondere *Deutscher Pflegerat*, Positionspapier vom 10. Januar 2007 „Qualität in der Pflege nachhaltig gestalten“; Ollenschläger, Institutionalisierung, S. 97 ff.; Kühnert, Stand und Entwicklung der Qualität in der Pflege, in: Dräther/Jacobs/Rothgang [Hrsg.], Fokus Pflegeversicherung, S. 149; Igl, Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege, SGB 2007, S. 387; mit der Forderung nach einem „Nationalen Akkreditierungsrat“ auch bereits Igl/Klie, Forum für Gesellschaftspolitik 2000, S. 163 f.; s. ferner Igl, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 47 ff.

2779 S. dazu auch Igl, Standards und Expertenstandards für die Pflege, RsDE 67 (2008), S. 42 f.

2780 Dazu oben, S. 224.

bindliche Standards, sondern lediglich als Informationsangebot mit nicht unmittelbar bindenden Handlungsempfehlungen veröffentlicht²⁷⁸¹ und sind damit in hohem Maße auf inhaltliche Akzeptanz sowie auf die fachliche Kompetenz und Autorität des SCIE angewiesen. Unter dem HSCA 2008-Regime enthält das Regulierungsrecht seit kurzem allerdings einen ausdrücklicheren Verweis auf die veröffentlichte fachliche Expertise. Zwar existieren – ergänzend zum ordnungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Regime – auch in Deutschland informatorisch-persuasiv wirkende Maßnahmen der Einflußnahme auf die Prozeßqualität, neben den verbindlichen Anforderungen und insbesondere den Pflegestandards gem. § 113a SGB XI kommt ihnen aber – anders als in England – eine lediglich untergeordnete Rolle zu.

III. Ergebnisqualitätsbezogene Steuerungsmaßnahmen

Parallel zur aufgezeigten Entwicklung in England nehmen auch in Deutschland die Bemühungen um die Verbesserung der Pflegequalität vor allem den Aspekt der Ergebnisqualität zunehmend direkt – also nicht länger nur mittelbar als Resultat der Einflußnahme der Strukturen und Prozesse – in den Blick. Der Versuch, auch diese Dimension verstärkt in die Qualitätssicherung einzubeziehen, läßt sich auch in Deutschland an verschiedenen Steuerungsinstrumenten aufzeigen. Gleichmaßen wie für England ergeben sich auch hier Schwierigkeiten aus dem noch erheblichen Defizit an validen Ergebnisqualitätsparametern und Indikatoren zu deren Bestimmung.²⁷⁸²

1. Ergebnisqualitätsbezogene Vorgaben im Heimaufsichtsrecht

Mit Einführung des PflWoqG wird nun – im Gegensatz zum HeimG – erstmals ausdrücklich betont, daß nicht nur die Struktur- und die Prozeßqualität, sondern insbesondere auch die Ergebnisqualität Maßstab und Ziel der ordnungsrechtlichen Vorgaben ist. Wie in der Literatur bereits vermutet,²⁷⁸³ hat der bayerische Landesgesetzgeber beim Erlaß des PflWoqG die Regelung des § 114 Abs. 2 S. 3 SGB XI, die die Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste stärker auf die Ergebnisqualität konzentriert²⁷⁸⁴ und damit die Aufgaben der Heimaufsichtsbehörden implizit auf die Struktur- und Prozeßqualität verlagert, nicht zum Anlaß genommen, die bayerische Heimaufsicht auf diese Qualitätsdimensionen zu reduzieren.

Dies verdeutlichen insbesondere die in Art. 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3 PflWoqG im Zusammenhang mit dem Gesetzeszweck genannten Begriffe der Lebens- und Wohnqualität, die neu in den ordnungsrechtlichen Rahmen aufgenommen wurden und die zentra-

2781 Zu diesem Aspekt oben, S. 225, 278.

2782 Zu diesem Defizit etwa *Görres/Hasseler/Mittnacht*, Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen, S. 15 ff.

2783 *Klie*, in: *Klie/Krahmer* [Hrsg.], SGB XI, § 114 Rn. 6.

2784 Dazu sogleich unten, S. 490.