

auch für diejenigen Bewohner von Pflegeheimen als Leistung nach dem NHA 2006 erbracht, deren Heimunterbringung eine Leistung nach s. 21(1) NAA 1948 darstellt. Mit Ausnahme des letzten Aspekts, der an einigen Stellen bereits Erwähnung fand, wird entsprechend dem in der Grundlegung vorgestellten Zuschnitt dieser Arbeit nur auf die Fälle eingegangen, in denen stationäre Langzeitpflegeleistungen als *social care* in kommunaler Zuständigkeit nach s. 21(1) NAA 1948 erbracht werden.

Ebenfalls nicht näher dargestellt werden sollen diejenigen *social security benefits* des englischen Sozialsystems, die wie *income support*, *pension credit*, *disability living allowance*, *attendance allowance* und *council tax benefit* in der Praxis zwar vor allem von Selbstzahlern zur Finanzierung von Pflegeleistungen benutzt werden,<sup>1283</sup> die aber keine Sachleistungen der stationären Langzeitpflege darstellen.

Insgesamt betrachtet stellt die *residential care* nach s. 21(1)(a) NAA die in der Praxis bedeutendste Sozialleistung der stationären Langzeitpflege dar. Von diesen Leistungen profitieren zunächst all diejenigen, die in kommunalen Heimen untergebracht sind, was auf ca. 7 % aller Pflegeheimbewohner zutrifft.<sup>1284</sup> Auch in den von Privaten betriebenen Pflegeheimen nimmt diese Leistung eine zentrale Stellung ein: 59 % der Bewohner aller privat-kommerziell und gemeinnützig betriebenen *residential* und *nursing care homes* erhalten Leistungen nach s. 21(1) NAA 1948, lediglich 10 % erhalten den Pflegeplatz vollständig als *NHS Continuing Healthcare*. 31 % der Bewohner bezahlen ihren Pflegeplatz vollständig selbst.<sup>1285</sup>

### C. Steuerung der Pflegeinfrastruktur

Wie in der Grundlegung ausgeführt, besteht ein Aspekt der staatlichen Verantwortung für die stationäre Langzeitpflege in der Infrastrukturverantwortung. Diese manifestiert sich im steuernden Einwirken des Staates auf die Einrichtungs- und die Personalinfrastruktur. Entsprechend werden im Folgenden diejenigen staatlichen Maßnahmen dargestellt, die das Ziel haben, das Vorhandensein einer hinreichenden Kapazität an Pflegeplätzen zu sichern, die finanzielle Zugänglichkeit dieser Plätze zu gewährleisten sowie für eine ausreichende Zahl qualifizierten Pflegepersonals am Markt zu sorgen.

Die Maßnahmen zur Steuerung der Heim- und der Personalinfrastruktur sind auf den Pflegemarkt insgesamt bezogen. Sie unterscheiden sich darin von den strukturbezogenen Instrumenten der Pflegequalitätssteuerung, die an den strukturellen Gegebenheiten

---

1283 Dazu *Netten/Darton/Curtis*, Self-funded Admissions to Care Homes, S. 80 ff.; *Gudat*, Pflegebedürftigkeit, S. 82 ff.; zur Auswirkung des Heimaufenthalts auf den Bezug dieser Leistungen (insbesondere zum Entfall der Berechtigung zum Bezug der *care*-Komponente der *disability living allowance* und der *attendance allowance*) sowie zur Behandlung dieser Leistungen im Rahmen des *financial assessment* s. *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 365 ff.

1284 Bezogen auf UK im Jahre 2007 und einschließlich der NHS Einrichtungen, vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 97, Table 5.1.

1285 Bezogen auf UK im Jahre 2007, s. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 153, Figure 7.1.

in den einzelnen Heimen ansetzt und auf die erst weiter unten<sup>1286</sup> zurückzukommen sein wird.

## I. Heiminfrastuktur

### 1. Problematik der Heimschließungen

Der langanhaltende Ausbau von Pflegekapazitäten in England wurde infolge der Reformen des Jahres 1993 von einer bis zuletzt andauernden Phase der Marktkonsolidierung mit einem starken Rückgang der Bettenzahlen abgelöst. Erst gegenwärtig scheint eine gewisse Stabilisierung einzutreten und der Abwärtstrend gestoppt zu sein.<sup>1287</sup> Trotz dieses Abbaus liegen die Auslastungsquoten im privaten Sektor, der den ganz überwiegenden Anteil an Pflegebetten bereitstellt, seit Jahren bei Werten um die 90 %.<sup>1288</sup> Im März 2007 etwa waren in England 91,1 % aller Betten in *nursing care homes* und 90,0 % aller Plätze in *residential care homes* belegt.<sup>1289</sup>

Ogleich also grundsätzlich hinreichende Kapazitäten am Markt vorhanden zu sein scheinen, stellt die durch die *community care*-Reformen ausgelöste Schließungswelle von Heimen einen der umstrittensten Aspekte der Umstrukturierung des Pflegemarkts dar.<sup>1290</sup> Der Marktaustritt betraf schwerpunktmäßig die von Kommunen betriebenen *residential care homes*, für privat betriebene Heime spielte der Nachfragerückgang demgegenüber eine geringere Rolle.<sup>1291</sup> Nichtsdestotrotz schlossen aber auch im privaten Sektor im Jahr 2000/01 aufgrund einer entsprechenden unternehmerischen Entscheidung<sup>1292</sup> ca. 5 % aller Heime,<sup>1293</sup> wobei sich der Abbau hier primär auf *nursing*

---

1286 S. 226 ff.

1287 Vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 24 f., 97 f.

1288 Vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 107, Figure 5.7.

1289 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 109, Table 5.4.

1290 *Clements*, *Community Care and the Law*, S. 172. Allgemein zu Heimschließungen in England siehe etwa *Netten/Williams/Darton*, *Care-home closures in England*, *Ageing & Society* 25 (2005), S. 319 ff.; *Netten/Darton/Williams*, *The Rate, Causes and Consequences of Home Closures*, PSSRU Discussion Paper 1741/2; *Williams/Netten/Ware*, *The closure of care homes for older people*, PSSRU Discussion Paper 2012/3; *Darton*, *What types of homes are closing?*, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 254 ff.

1291 *Netten/Williams/Darton*, *Care-home closures in England*, *Ageing & Society* 25 (2005), S. 319, 323 ff.; *Netten/Darton/Williams*, *The Rate, Causes and Consequences of Home Closures*, S. 46 f.

1292 Damit sind einige wenige Heimschließungen durch die Aufsichtsbehörden nicht erfaßt.

1293 *Williams/Netten/Ware*, *Managing the Care Home Closure Process*, *British Journal of Social Work* (2007) 37, S. 910.

*care homes* bezog.<sup>1294</sup> Generell ist festzustellen, daß kleine Heime stärker betroffen sind als große.<sup>1295</sup>

Die Gründe für den Marktaustritt von Heimen liegen im von den Kommunen ausgeübten Druck auf das Gebührenniveau, in gestiegenen Kosten im Hinblick auf bauliche Standards infolge schrittweise eingeführter Mindeststandards<sup>1296</sup> sowie in höheren Personalkosten, die durch neue Qualifikationsanforderungen in den Mindeststandards, durch Einführung eines nationalen Mindestlohns und gesetzlicher Arbeitszeitregelungen bedingt sind.<sup>1297</sup>

Heimschließungen sind nicht nur im Hinblick auf die mit der Unterbrechung der Pflegekontinuität verbundenen nachteiligen Auswirkungen auf die Pflegequalität bei den betroffenen Bewohnern problematisch.<sup>1298</sup> Sie sind auch aus versorgungspolitischer Sicht unter dem Gesichtspunkt des Abbaus der Pflegeinfrastruktur kritisch zu beurteilen, weil Untersuchungen zeigen, daß die Entwicklung von Angebot und Nachfrage nicht die entscheidenden Faktoren für die massiven Marktaustritte in den letzten Jahren waren. Deshalb könnten bei einem Anstieg der Nachfrage infolge der demographischen Entwicklung künftig Kapazitätsengpässe auftreten, regional sind sie teilweise bereits zu verzeichnen.<sup>1299</sup> Die Tatsache, daß vor allem kleinere Heime von den Schließungen betroffen sind, wirkt sich zudem negativ auf die Angebotsvielfalt im Sektor sowie auf die Verfügbarkeit von Heimen im näheren lokalen Umfeld aus.

Vor diesem Hintergrund wirken staatliche Stellen mit verschiedenen Maßnahmen, die im Folgenden beschrieben werden, steuernd auf die Pflegeheiminfrastruktur ein.

---

1294 Vgl. *Darton*, What types of homes are closing?, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 254.

1295 *Netten/Williams/Darton*, Care-home closures in England, *Ageing & Society* 25 (2005), S. 325, 333; *Darton*, What types of homes are closing?, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 257.

1296 *Darton*, What types of homes are closing?, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 254 f.; *Netten/Williams/Darton*, Care-home closures in England, *Ageing & Society* 25 (2005), S. 334. In Reaktion auf die Heimschließungswelle vor allem in den Jahren 2000/01 wurden viele Regulierungsvorschriften stufenweise bzw. mit Übergangsfristen versehen eingeführt. Insbesondere kostenintensive Anforderungen an bauliche Standards wie etwa das Erfordernis, alle Pflegeplätze als Einzelzimmer zu gestalten sowie eine bestimmte Mindestquote an Zimmern mit eigenen sanitären Einrichtungen vorzuhalten, wurden für Heime, die bereits vor dem 1. April 2002 existierten, vorübergehend lediglich als unverbindliche Empfehlung ausgesprochen (vgl. etwa *Department of Health*, National Minimum Standards for Care Homes for Older People, standard 24).

1297 Zu letzteren Apekten s. *Player/Pollock*, Long-term care, *CSP* 21 (2001), S. 249.

1298 Hierauf wird weiter unten (S. 287 ff.) im Zusammenhang mit der Steuerung der Pflegequalität eingegangen.

1299 *Netten/Darton/Williams*, The Rate, Causes and Consequences of Home Closures, S. 43 f.

## 2. Infrastrukturplanung

Möchte sich der Staat in irgendeiner Weise für das Vorhandensein einer ausreichenden Heiminfrastuktur verantwortlich zeigen,<sup>1300</sup> muß er hierzu zunächst den vorhandenen Bedarf an Langzeitpflegeleistungen und die existierenden Kapazitäten erfassen, sie einander gegenüber stellen und die künftige Entwicklung prognostizieren. In systematischer Weise geschieht dies im Rahmen von Planungen. Wie oben bereits dargelegt, werden diese vor allem auf lokaler Ebene durch die Aufstellung der *local development plans* und insbesondere der *joint investment bzw. joint commissioning plans* durchgeführt.<sup>1301</sup>

Weil diese Pläne zudem mit Vertretern privater Träger beraten und diesen in der Regel auch zugänglich gemacht werden, ist in ihnen ein Instrument des kooperativen Zusammenwirkens sowie einer staatlichen Informationsgewährung hinsichtlich des prognostizierten Infrastrukturbedarfs, also auch ein informationsbasiertes Steuerungsinstrument zu sehen, das dem privaten Sektor die Möglichkeit eröffnet, seine mittelfristigen Planungen mit denen der Kommune abzugleichen.

## 3. Finanzielle Förderung der Pflegeinfrastruktur

### a. Kapitalmarktbasierte Finanzierung der Pflegeinfrastruktur

Eine finanzielle Beteiligung des Staates an der Heiminfrastuktur in der Gestalt staatlicher Investitionskostenzuschüsse an den privaten Sektor ist in England grundsätzlich nicht vorgesehen. Die Pflegeinfrastruktur des privat-kommerziellen Sektors basiert auf privaten Kapitalinvestitionen.<sup>1302</sup> Mittlere und große Unternehmen sind primär über privates Beteiligungskapital finanziert.<sup>1303</sup> Einer anderen verbreiteten Art der Finanzierung von Pflegeheimen über den Kapitalmarkt liegt die Aufspaltung der Heime in das Grundeigentum und den eigentlichen Heimbetrieb zugrunde. Bei dieser Finanzierungsmethode wird das Immobiliareigentum an eine Zweck- oder Investmentgesellschaft übertragen und von dieser durch den Heimbetreiber zurückgeleast (*sale and leaseback*). Die Investmentgesellschaft verbrieft die Kaufpreisforderung und refinanziert sie über Immobilienfonds am Kapitalmarkt.<sup>1304</sup> Nach dem erfolgreichen Börsengang der Southern Cross Healthcare Group Plc., einem der größten Betreiber kommerzieller Pflegeheime im Vereinigten Königreich, im Juli 2006 wird zudem erwartet, daß Finanzierung

---

1300 Dies bedeutet freilich nicht zwingend, daß der Staat damit zugleich auch für das Vorhandensein einer ausreichenden Infrastruktur einstehen muß.

1301 Dazu oben, S. 195.

1302 Ähnliche Tendenzen der Erschließung von Finanzierungsmöglichkeiten über den Kapitalmarkt sind auch im Bereich der *primary care* des NHS zu beobachten, siehe *Pollock/Player/Godden*, How private finance is moving primary care into corporate ownership, *BMJ* 322 (2001), S. 960 ff.

1303 Vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 7.

1304 Dazu *Player/Pollock*, Long-term care, *CSP* 21 (2001), S. 246 f.; s. auch *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 7.

gen über den Aktienmarkt künftig eine große Bedeutung für den Pflegeheimsektor spielen werden.<sup>1305</sup>

Zu Recht wird in der Literatur auf Risiken hingewiesen, die sich aus dem zunehmenden Rückgriff auf den Kapitalmarkt als Finanzierungsquelle ergeben. Die weltweite Krise der Kreditmärkte infolge der Immobilienkrise in den USA seit Herbst 2007 führte zu einer deutlich restriktiveren Kreditvergabe seitens der Finanzinstitute und könnte zu einer erheblichen Abwertung von *private equity*-Beteiligungen am Pflegeheimmarkt führen.<sup>1306</sup> Problematisch ist zudem die große Volabilität der Kapitalströme, die fast ausschließlich renditeorientiert allgemeinen Marktprinzipien folgen und daher bei sich negativ entwickelnden Marktprognosen sehr kurzfristig zu Kapitalabflüssen führen können. Nicht erst zu diesem Zeitpunkt, sondern schon im Vorfeld kann die Pflegekontinuität gefährdet sein, wenn allein der Renditedruck in den Vordergrund unternehmerischer Entscheidungen rückt und zu Einsparungen vor allem an Personal als Hauptkostenfaktor zwingt.<sup>1307</sup>

## b. Einfluß staatlicher Sozialleistungen auf private Infrastrukturinvestitionen

Das Fehlen einer staatlichen Beteiligung an den Investitionskosten bedeutet jedoch nicht, daß der Staat in finanzieller Hinsicht keinen Einfluß auf das Vorhandensein der Pflegeheiminfrastruktur ausüben würde. Angesichts der Tatsache, daß die Heimgebühren bei 59 % der Bewohner privat betriebener Pflegeheime ganz oder teilweise von den Kommunen getragen werden,<sup>1308</sup> trägt der Staat mit Hilfe der Pflegesozialleistungen maßgeblich zum Bestehen des Pflegeheimsektors bei. 2002/03 belief sich diese staatliche Unterstützung für Bewohner von Pflegeheimen auf ca. £ 4,25 Mrd.<sup>1309</sup>

Einen maßgeblichen Einfluß auf das Volumen dieser Leistungen übt die Zentralregierung aus. Die Entscheidung über die Höhe der den kommunalen Sozialbehörden zuzuteilenden Mitteln wird von der Regierung getroffen, die so das für stationäre Pflegeleistungen zur Verfügung stehende Finanzbudget beeinflusst.<sup>1310</sup> Englische Kommunen erhalten ihre Mittel zur Finanzierung der sozialen Dienste in erster Linie durch den „*Revenue Support Grant*“ der Zentralregierung. Die Höhe dieser Finanzzuweisung wird mit Hilfe des „*Formula Spending Share*“ berechnet, der unter anderem die Zahl und die Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt.<sup>1311</sup> Allerdings ist die mit dem *Formula Spending Share* berechnete Mittelzuteilung nicht mit einer strikten Zweckbindung für die sozialen Dienste versehen. Es steht vielmehr im Ermessen der Kommunen, das Budget zu überziehen und mit anderen Haushaltsmitteln zu subventionieren oder aber

---

1305 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 7 f., 96.

1306 Vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 7.

1307 Zu dieser Kritik *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 248 ff.

1308 Bezogen auf UK im Jahre 2007, s. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 153, Figure 7.1.

1309 *Williams/Netten*, English Local Authority Powers, British Journal of Social Work (2005) 35, S. 922.

1310 Diesen Aspekt der Steuerung nennt auch *Propper*, Quasi-Markets and Regulation, in: Le Grand/Bartlett [Hrsg.], Quasi-Markets and Social Policy, S. 183.

1311 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 155.

das Budget nicht auszuschöpfen und die Mittel für andere Zwecke zu verwenden.<sup>1312</sup> Dies wirkt limitierend auf den unmittelbaren zentralstaatlichen Steuerungseffekt, erhöht aber umgekehrt die Spielräume zur dezentralen Feinsteuerung auf kommunaler Ebene. Der *Special Transitional Grant*, eine zentralstaatliche Finanzaufweisung an die Kommunen, der zwingend zum Bezug von *social services* einzusetzen war und der übergangsweise die Auflage enthielt, 85 % der Gelder für Leistungen des privaten Sektors auszugeben,<sup>1313</sup> wurde 1999 gestrichen.

Welche Auswirkungen das Volumen der staatlichen Leistungen grundsätzlich auf die Investitionsbereitschaft des privaten Sektors haben kann, zeigte sich deutlich in den 1980er Jahren, als die leichte Verfügbarkeit von Sozialleistungen in Gestalt von *supplementary benefit* und später *income support*<sup>1314</sup> zu einem massiven Ausbau der Kapazitäten im privaten Sektor führte.<sup>1315</sup> Der Anstieg der Zahl an Pflegebetten wurde erst infolge der *community care*-Reformen von 1993 gestoppt, als die begrenzten kommunalen Finanzbudgets die Nachfrage an *residential care*-Leistungen verringerten und zudem einen erheblichen Druck auf das Niveau der Heimgebühren ausübten, das von vielen Heimbetreibern als unrealistisch niedrig beklagt wurde.<sup>1316</sup> Die Zurückhaltung der Regierung, den Kommunen Vorgaben hinsichtlich eines angemessenen Gebührenniveaus zu machen, wirkte sich dabei eher negativ auf den Erhalt der Pflegeheiminfrastruktur aus.<sup>1317</sup> Studien zufolge schaffen die von den Kommunen bezahlten Heimgebühren nur in wenigen Regionen Englands einen hinreichenden Anreiz für Heimbetreiber, Investitionen in neue, qualitativ höherwertige Pflegeplätze zu tätigen.<sup>1318</sup> Das niedrige Gebührenniveau wird darüber hinaus als einer der Hauptgründe für Heimschließungen genannt,<sup>1319</sup> deren Zahl erst seit kurzem wieder rückläufig ist. Das unternehmerische Risiko der Pflegeheimbetreiber wird zudem durch die Praxis der Kommunen erhöht, überwiegend auf *spot* und *call-off contracts* zu setzen. Hierdurch wird ein Großteil des Nachfragerisikos auf den Pflegeheimsektor verlagert, der somit nur wenig Planungssicherheit erhält.<sup>1320</sup>

Vereinzelte Versuche von Heimbetreibern, gerichtlich höhere Heimgebühren gegen die Kommunen durchzusetzen, schlugen bislang fehl.<sup>1321</sup> Die Gerichte verneinten, daß

---

1312 Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 155.

1313 Siehe oben, S. 191.

1314 Siehe oben, S. 140, 149.

1315 Vgl. Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 24 f.

1316 *Continuing Care Conference*, Local Authority Contracting Policies, S. 1; Kendall u.a., The State of Residential Care Supply, S. 12 ff. Zu den Hintergründen des Gebührendrucks aus Sicht der *local authorities* s. Netten/Williams/Darton, Care-home closures in England, Ageing & Society 25 (2005), S. 332.

1317 Laing & Buisson, UK Market Survey 2003, S. 2.

1318 Vgl. Joseph Rowntree Foundation, Finding 678 (June 1998): Disparities between market rates and state funding of residential care.

1319 Siehe oben, S. 207.

1320 Vgl. Netten/Williams/Darton, Care-home closures in England, Ageing & Society 25 (2005), S. 335.

1321 S. etwa Bettercare Group Ltd. Supported by The Registered Homes Confederation of Northern Ireland and Bedfordshire Care Group v The Director General of Fair Trading [2002] CompAR 226.

sich aus öffentlich-rechtlichen Vorschriften ein bestimmtes Gebührenniveau herleiten lasse,<sup>1322</sup> und zeigten sich nicht offen für das Argument, die Gebühren seien nicht ausreichend hoch, um den Leistungsempfängern eine angemessene Auswahl an Heimen entsprechend den Vorschriften der *National Assistance Act 1948 Choice of Accommodation Directions 1992* zu ermöglichen.<sup>1323</sup> Auch das Argument, die Kommune würde bei zu geringen Gebühren ihre Kompetenzen überschreiten, wurde nicht als stichhaltig angesehen.<sup>1324</sup>

Die Problematik der Heimschließungen, die vor allem um die Jahrtausendwende ein erhebliches Ausmaß erreicht und großes öffentliches Aufsehen erregt hatte,<sup>1325</sup> löste insbesondere im Süden Englands Befürchtungen im Hinblick auf die Fähigkeit des Marktes aus, den kurz- sowie längerfristigen Bedarf an Heimplätzen decken zu können.<sup>1326</sup> Um diesem Trend entgegenzuwirken, stellte die Zentralregierung den Kommunen für deren *personal social services* ein Budget zur Verfügung, das zunächst in der Zeit von 1998/99 bis 2002/03 einen inflationsbereinigten Zuwachs von jährlich ca. 3 % aufwies und in den drei folgenden Jahren bis 2005/06 einen erneuten Anstich in Gestalt eines jährlichen Budgetanstiegs von real 6 % erhielt. Dies führte bei den Kommunen zu einem Anstieg der Ausgaben für soziale Dienste für ältere Menschen von nominal 8 % in den Jahren 2004/05 bzw. 6 % im Zeitraum 2005/06.<sup>1327</sup> Die Motivation der Zentralregierung für die Erhöhung der Mittel für die *personal social services* dürfte dabei maßgeblich auch darin bestanden haben, daß ein zu starker Abbau der Kapazitäten im Bereich der Pflegeheime negative Auswirkungen auf die *acute health care* des NHS in Gestalt vermeidbarer Einweisungen älterer Menschen in Krankenhäuser sowie Verzögerungen bei der Entlassung von Patienten haben würde.<sup>1328</sup>

Ob sich die finanzielle Lage der Heimbetreiber in Zukunft weiter entspannen wird, ist fraglich. Für 2006/07 und 2007/08 sollen die Zuwachsraten moderater ausfallen und sich nur noch geringfügig von der Inflationsrate abheben:<sup>1329</sup> für den Dreijahreszeitraum bis 2010/11 sind reale Zuwächse des *Revenue Support Grant* von nur ca. 1% jähr-

---

1322 R v Coventry City Council ex p Coventry Heads of Independent Care Establishments (CHOICE) and Peggs (1998) 1 CCLR 379.

1323 R on the application of Birmingham Care Consortium v Birmingham City Council 5 (2002) CCLR 600.

1324 R v Coventry City Council ex p Coventry Heads of Independent Care Establishments (CHOICE) and Peggs (1998) 1 CCLR 379, 386 ff.

1325 S. die parlamentarische Debatte des *House of Commons*, Westminster Hall, vom 15. Februar 2000, in: House of Commons Hansard, Vol. 344, Issue 1850, Columns 176WH-184WH, abrufbar unter <[http://www.publications.parliament.uk/pa/cm/199900/cmhansrd/vo000215/halltext/00215h02.htm#00215h02\\_head0](http://www.publications.parliament.uk/pa/cm/199900/cmhansrd/vo000215/halltext/00215h02.htm#00215h02_head0)>.

1326 Netten u.a., Understanding Public Services, S. 23.

1327 Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 154.

1328 Vgl. Netten u.a., Understanding Public Services, S. 4; Netten/Williams/Darton, Care-home closures in England, Ageing & Society 25 (2005), S. 334 f.

1329 Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 154 f.

lich avisiert.<sup>1330</sup> Die Verteuerung von Fremdkapital infolge der weltweiten Krise der Finanzmärkte in den Jahren 2007/08 dürfte den Pflegeheimmarkt zusätzlich belasten.

Insgesamt betrachtet weist der Markt für stationäre Pflegeleistungen im öffentlichen und privaten Sektor zusammen derzeit zwar Überkapazitäten von ca. 11 % auf.<sup>1331</sup> Auf längere Sicht gesehen wird dies jedoch nicht genügen, um dem im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung prognostizierten Nachfrageanstieg gerecht zu werden. Dies läßt nach einer langen Phase des Abbaus stationärer Pflegeplätze wieder einen Ausbau der Bettenkapazitäten erwarten.<sup>1332</sup>

Die in diesem Abschnitt genannten Entwicklungen verdeutlichen den unmittelbaren Zusammenhang, der zwischen den vom Staat für Sozialleistungen aufgewendeten Mitteln und dem Aus- oder Abbau der Pflegeinfrastruktur besteht. Trotz des Fehlens direkter Infrastrukturkostenzuschüsse übernimmt der Staat somit faktisch in erheblichem Umfang Verantwortung für die Einrichtungsinfrastruktur. Entsprechend wird die Höhe des für die Zukunft erwarteten Kapazitätsausbaus maßgeblich auch davon abhängen, in welchem Umfang staatliche Leistungen für die stationäre Langzeitpflege zur Verfügung gestellt werden.

#### 4. Bereitstellung stationärer Pflegeinfrastrukturen durch die Kommunen

Wie eingangs dieses Kapitels im Zusammenhang mit der Marktstruktur bereits geschildert, wird in England nach wie vor ein Teil der stationären Pflegeleistungen in Heimen erbracht, die von Kommunen selbst betrieben werden. Aus historischen Gründen handelt es sich hierbei ausschließlich um *residential care homes*. Die Pflegebetten in kommunalen Heimen machen ca. 14 % der Gesamtkapazität der *residential care* und etwas über 8 % aller Pflegebetten (*residential* und *nursing care*) aus.<sup>1333</sup>

Auch wenn sich in Gestalt der kommunalen Heime ein Teil der staatlichen Verantwortung für das Vorhandensein einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur manifestiert, sind die Kommunen nicht verpflichtet, eine eigene Pflegeheiminfrastruktur zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus s. 21(1)(a) NAA 1948 vorzuhalten, sondern sie könnten diese Pflichten auch ausschließlich durch einen Rückgriff auf private Heime erfüllen.<sup>1334</sup> In einem *Local Authority Circular* (LAC), d.h. einer verwaltungsinternen Mitteilung des Gesundheitsministeriums an die Kommunen, die bestimmte Aspekte der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie einschlägiger Rechtsverordnungen detailliert darlegt und je nach Einzelfall auch verbindliche Anweisungen in Gestalt von *policy guidances* enthalten kann,<sup>1335</sup> äußerte der *Secretary of State for Health* die (un-

---

1330 Vgl. LAC (DH) (2008)1, para. 50.

1331 Vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 97.

1332 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 24, 105 f.

1333 Die Zahlen beziehen sich auf das Vereinigte Königreich im Jahr 2007 und sind *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 25, Table 2.2., entnommen.

1334 *R v Wandsworth London Borough Council ex p Beckwith* [1996] 1 All ER 129.

1335 Verbindlich in dem Sinne, daß die Kommunen nur in gut begründeten Ausnahmefällen von ihnen abweichen dürfen, sind die in den LACs enthaltenen Anweisungen dann, wenn sie auf einer gesetz-



verbindliche) Rechtsansicht, die Kommunen müßten eine gewisse Mindestinfrastruktur aufrechterhalten.<sup>1336</sup> Dies wurde von Lord Hoffmann in einer Entscheidung des *House of Lords* als „*simply wrong*“ bezeichnet.<sup>1337</sup>

Für den umgekehrten Fall, daß auf dem Gebiet der Kommune keine hinreichende private Heiminfrastruktur vorhanden ist, dürfte die betreffende Behörde zum Betrieb eines eigenen Heims verpflichtet sein,<sup>1338</sup> wenngleich ein solcher Fall bislang nicht entschieden wurde. Ähnliches gilt, wenn im privaten Sektor zumindest zu den von der Kommune benannten üblichen Pflegesätzen keine Leistungen gefunden werden können, die dem festgestellten Hilfebedarf entsprechen. In diesem Fall kann die Kommune jedoch anstelle der Schaffung einer eigenen Infrastruktur alternativ auch die tatsächlichen, die üblichen Kosten übersteigenden Gebühren der vorhandenen privaten Heime übernehmen.<sup>1339</sup>

Von Relevanz ist das Vorhalten einer eigenen Pflegeinfrastruktur vor allem bei besonderen Pflegebedarfskonstellationen. So greifen die Kommunen etwa bezüglich Pflegeangeboten für Demenzkranke oder auch bezüglich Kurzzeitpflegeplätzen häufig auf *in-house*-Angebote zurück, weil Angebote hierfür im privaten Sektor noch immer schwer zu finden sind<sup>1340</sup> und Pflegeheime, die auf diese Patientengruppe spezialisiert sind, noch weitgehend fehlen.<sup>1341</sup>

Die Pflicht, dauerhaft fehlende Kapazitäten notfalls durch den Betrieb eigener Heime zu kompensieren, ist Ausdruck einer staatlichen Auffangverantwortung hinsichtlich der Einrichtungsinfrastruktur. Soweit Kommunen dagegen Heime etwa aus historischen oder sonstigen Gründen betreiben, die nichts mit einer unzureichenden privaten Heiminfrastruktur zu tun haben, ist dies als staatliche Erfüllungsverantwortung zu qualifizieren.

---

lichen Grundlage beruhen, die den *Secretary of State* ermächtigt, den kommunalen Sozialämtern gegenüber Weisungen zu erlassen, d.h. wenn es sich um „*statutory guidances*“ handelt. Entsprechende Rechtsgrundlagen für die Erteilung von Weisungen finden sich etwa allgemein in s. 7 LASSA 1970 oder – speziell bezogen auf die Bestimmung des Personenkreises, für den stationäre Langzeitpflege zu leisten ist, in s. 21(1) NAA 1948. Diese verbindlichen Anweisungen tragen oft auch die Bezeichnung „*policy guidance*“. Sie lassen sich aber grundsätzlich von den bloßen „*practice guidances*“ unterscheiden. Diesen kommt zwar keine unmittelbare Verbindlichkeit in dem Sinne zu, daß die Kommunen von ihnen nur in begründeten Einzelfällen abweichen könnten, aber sie müssen bei der Entscheidungsfindung zumindest in Betracht gezogen werden. Als Äußerungen des Gesundheitsministeriums kommt ihnen darüber hinaus eine erhebliche faktische Bindungswirkung zu. S. hierzu etwa *Clements*, *Community Care*, S. 13 ff., sowie *Mandelstam*, *Community Care*, S. 129.

1336 LAC 93(10) para 4.

1337 *Lord Hoffmann* in *R v Wandsworth London Borough Council ex p Beckwith* [1996] 1 All ER 129, 132.

1338 Vgl. *Clements*, *Community Care and the Law*, S. 159; *Winfield* [u.a.], *Paying for Care Handbook*, S. 254; in diesem Sinne auch die Beschwerdeentscheidung *Complaint 01/C/03521* gegen North Yorkshire vom 19. August 2002 des *Local Government Ombudsman*, allerdings bezogen auf den Bereich der Kurzzeitpflege (*respite care*).

1339 *Hurst*, *National Health Service and Local Authority Responsibilities*, J.P.I. Law 2005, S. 255.

1340 *Netten* u.a., *Understanding Public Services*, S. 32.

1341 *Netten* u.a., *Understanding Public Services*, S. 29.

Allerdings verlaufen die Grenzen zwischen der Bereitstellung der Heiminfrastruktur durch den Staat einerseits und durch den privaten Sektor andererseits keineswegs so trennscharf, wie es die Gegenüberstellung zwischen staatlich bzw. privat betriebenen Heimen nahelegt. Denn auch dann, wenn der Staat Heime selbst betreibt, ist eine Beteiligung des privaten Sektors keineswegs ausgeschlossen. Kommunen bedienen sich zur Finanzierung des Neubaus und der Modernisierung ihrer Pflegeheime vielfach der finanziellen Beteiligung Privater im Rahmen sogenannter *Private Finance Initiatives* (PFI).<sup>1342</sup> Soweit es sich nicht um sogenannte „*Design-Build-Finance-Operate*“-Modelle<sup>1343</sup> handelt, ist der Beitrag der Privaten bei dieser Form der Finanzierungsprivatisierung allerdings nicht auf den Betrieb des Heims bzw. die Erbringung pflegerischer Leistungen bezogen, sondern erschöpft sich in der Finanzierung, der Bereitstellung und im Unterhalt der betreffenden Einrichtung.

### 5. Zugänglichkeit der Pflegeheime

Die Übernahme staatlicher Verantwortung in der stationären Langzeitpflege läßt sich auch daran ablesen, daß der Staat für die Zugänglichkeit der am Markt vorhandenen Pflegeeinrichtungen sorgt. Beispiele hierfür sind etwa staatliche Hilfestellungen für Pflegebedürftige bei der Finanzierung der Heimgebühren sowie bei der Beschaffung von Heimplätzen.

Eine zentrale Rolle kommt in diesem Zusammenhang dem oben dargestellten staatlichen Leistungsregime unter s. 21(1)(a) NAA 1948 zu. Hierdurch werden stationäre Langzeitpflegeleistungen auch für diejenigen Pflegebedürftigen zugänglich, die sich solche Leistungen entweder aus finanziellen Gründen nicht selbst leisten könnten oder die unabhängig von finanziellen Erwägungen nicht in der Lage sind, sich die benötigten Pflegeplätze selbst zu beschaffen. Das hohe Niveau der Heimgebühren, die in privaten *residential care homes* in England 2007/08 durchschnittlich £ 449 und in privaten *nursing care homes* durchschnittlich £ 648 pro Woche betragen,<sup>1344</sup> verdeutlicht die Bedeutung, die den staatlichen Leistungen zukommt. Das Ausmaß der vom Staat übernommenen Verantwortung hängt dabei maßgeblich von der oben bereits dargestellten Ausgestaltung des Inhalts und der Voraussetzungen der *residential care*-Leistungen nach s. 21(1)(a) NAA 1948 ab.<sup>1345</sup>

---

1342 Vgl. etwa die *Community Care News* vom 30. April 2001 („Public and private sectors join forces“) betreffend ein PFI-Projekt der City of Westminster, abrufbar unter <<http://www.community-care.co.uk/Articles/2001/04/30/31264/public-and-private-sectors-join-forces.html>>, sowie die Pressemitteilung des East Sussex County Council vom 11.7.2007 bezüglich des Baus vier neuer *residential homes*, abrufbar unter <<http://www.eastsussex.gov.uk/yourcouncil/pressoffice/pressreleases/2007/07/1529.htm>>. Allgemein zu *Public Finance Initiatives* in der Lokalverwaltung *Badcoe*, *Public Private Partnerships*, PPLR 1999, S. 285 ff.

1343 Dazu *Badcoe*, *Public Private Partnerships*, PPLR 1999, S. 285.

1344 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 172, Table 8.2.

1345 Zur *residential accommodation* nach s. 21(1)(a) NAA 1948 siehe oben, S. 159 ff.

Eines näheren Hinsehens bedarf die Frage, ob der Staat auch zugunsten solcher Personen, die für ihre Pflege vollständig selbst aufkommen können, Einfluß auf die Zugänglichkeit von stationären Pflegeleistungen nimmt. Staatliche Vorgaben im Hinblick auf die Gebühren, die von Selbstzahlern verlangt werden können, existieren in England jedenfalls nicht. Selbstzahler haben in der Praxis deutlich höhere Heimgebühren zu bezahlen als diejenigen Bewohner, die einen von der Kommune organisierten Pflegeplatz haben. Der Mehrbetrag belief sich im Jahre 2004 auf durchschnittlich £ 56 pro Woche.<sup>1346</sup> Dabei haben die Kommunen durchaus ein eigenes Interesse an niedrigen Heimgebühren für Selbstzahler, weil diese um so schneller unter die für die Erbringung von Leistungen nach s. 21(1)(a) NAA 1948 relevanten Vermögensgrenzen zu fallen drohen, je schneller ihre Finanzreserven durch die Heimgebühren aufgebraucht werden. Einige Lokalbehörden übernehmen daher auch für Selbstzahler Verantwortung, indem sie für diese Personen Heimverträge zu identischen Konditionen wie bei den von ihnen finanzierten Bewohnern abschließen und sich die Heimgebühren vollständig von den Selbstzahlern erstatten lassen.<sup>1347</sup> Teilweise setzen Kommunen in Heimen, mit denen sie vertraglich verbunden sind, auch ihre Nachfragemacht im Sinne einer marktbasierten Steuerung dahingehend ein, daß sie die Gebühren auch für Privatzahler, die ihre Verträge mit den Heimen selbst abschließen, niedrig halten.<sup>1348</sup>

Ob die Kommunen allerdings nach s. 21(1)(a) NAA 1948 verpflichtet sind, Heimplätze für Pflegebedürftige unabhängig von deren finanziellen Ressourcen (gegen Gebührenerstattung) zu arrangieren, ist – wie oben dargestellt<sup>1349</sup> – umstritten. Dabei geht es nicht allein um die Frage, ob der Einzelne die Marktmacht der Kommune in wirtschaftlicher Hinsicht für sich verfügbar machen kann. Relevant werden kann diese Frage vielmehr auch dann, wenn es einem Pflegebedürftigen aufgrund des Fehlens eines allgemeinen Kontrahierungszwangs auf Seiten der Heimbetreiber nicht gelingt, einen für ihn geeigneten Pflegeplatz zu besorgen. Richtigerweise wird man aber jedenfalls in diesem Fall das Tatbestandsmerkmal „*not otherwise available*“ von s. 21(1)(a) NAA 1948 für erfüllt halten und entsprechend eine Verpflichtung der Kommune, einen Heimplatz zur Verfügung zu stellen, bejahen müssen.

Studien zeigen, daß *local authorities* beim Einzug von Selbstzahlern in Pflegeheime in nicht einmal 20 % der Fälle in die Vertragsverhandlungen einbezogen werden.<sup>1350</sup>

---

1346 *Office of Fair Trading*, Care homes for older people, Annexe L, S. 8; noch in einer 2001 veröffentlichten Studie war allerdings berichtet worden, die Gebühren von Selbstzahlern würden sich denen von Bewohnern, deren Platz von einer *local authority* finanziert wird, annähern, s. *Netten/Darton/Curtis*, Self-funded Admissions to Care Homes, S. 92 ff.

1347 *Netten* u.a., Understanding Public Services, S. 22.

1348 *Netten* u.a., Understanding Public Services, S. 22.

1349 Ausführlich hierzu oben, S. 182 ff.

1350 *Netten/Darton/Curtis*, Self-Funded Admission to Care Homes, S. 62.

## II. Personalinfrastruktur

*Social care* ist untrennbar verbunden mit den Personen, die sie erbringen. Die Ausgaben für das Personal belaufen sich bei sozialen Dienstleistungen auf ca. 80 % der Gesamtkosten.<sup>1351</sup> Gerade in der Pflege ist die Qualität der erbrachten Dienstleistungen in starkem Maße von den pflegerischen Fähigkeiten und Erfahrungen des Personals sowie von der Persönlichkeit der Pflegepersonen abhängig.<sup>1352</sup> Um überhaupt Pflegeheime betreiben zu dürfen, sind zudem bestimmte Mindestpersonalanforderungen einzuhalten.

Der Pflegeheimsektor ist aus diesen Gründen dringend auf das Vorhandensein einer hinreichenden Zahl an qualifiziertem Pflegepersonal am Pflegemarkt angewiesen. Im Folgenden soll die Rolle des Staates beleuchtet werden, die dieser hinsichtlich der Versorgung des Pflegemarktes mit ausreichend Pflegekräften einnimmt. Dabei geht es hier noch nicht um die konkreten Anforderungen an das Pflegepersonal in einzelnen Heimen,<sup>1353</sup> sondern um die grundsätzlichere Frage nach der personellen Infrastruktur am englischen Pflegemarkt.

### 1. Marktsituation

Insgesamt waren 2003/04 ca. 462.000 Beschäftigte mit pflegerischen Aufgaben in Pflegeheimen tätig.<sup>1354</sup> Bei ihnen handelt es sich entweder um sog. „*social care workers*“, „*social workers*“ oder „*nurses*“.

Als *social care worker* werden diejenigen Beschäftigten bezeichnet, die eine Berufsausbildung haben und Leistungen der *personal care* und andere Hilfsleistungen an Individuen, Familien und andere Personengemeinschaften erbringen, um deren Alltagsleben zu erleichtern.<sup>1355</sup> In Pflegeheimen machen sie – in aller Regel hierarchisch organisiert als *team leaders*, *senior care assistants* und *junior care assistants*<sup>1356</sup> – den ganz überwiegenden Teil des Personals aus.

Der Ausdruck *social worker* hingegen bezieht sich auf Personen mit akademischer Ausbildung, deren Handlungskompetenz in der Beurteilung komplexer persönlicher und sozialer Bedürfnislagen einzelner Personen oder Personengruppen sowie in der Erarbeitung von Konzepten für diese besteht.<sup>1357</sup> In den Heimen des privaten Sektors waren

---

1351 *Department of Health/Department for Education and Skills*, Options for Excellence, S. 13.

1352 Kendall u.a., State of Residential Care Supply, S. 3.

1353 Auf diese Frage ist weiter unten im Zusammenhang mit der Steuerung der Pflegequalität einzugehen, siehe S. 263 ff.

1354 Eborall, The State of the Social Care Workforce 2004, S. 26. Diese Zahl schließt die mit *nursing care* Beschäftigten ein.

1355 Vgl. *Department of Health/Department for Education and Skills*, Options for Excellence, S. 9.

1356 *Gospel/Thompson*, The Role and Impact of the Statutory Framework for Training in the Social Care Sector, S. 16.

1357 Vgl. *Department of Health/Department for Education and Skills*, Options for Excellence, S. 9. Ausführlicher *Brayne/Carr*, Law for social workers, S. 11 ff.