

halte der jeweiligen Leistungen aber nicht unmittelbar aus einem gesetzlichen Leistungskatalog ergeben, sondern vielmehr Folge einer historisch gewachsenen Kompetenzabgrenzung zwischen den Kommunen einerseits und dem NHS andererseits sind, soll zunächst auf diese Zuständigkeitsverteilung und das damit verbundene Leistungsspektrum eingegangen werden, bevor die Leistungsvoraussetzungen und die Modalitäten der Leistungserbringung im Einzelnen dargestellt werden.

II. Zuständigkeiten und Leistungsspektrum

1. Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den Kommunen und dem Nationalen Gesundheitsdienst

a. Die Kommunen und der Nationale Gesundheitsdienst als Leistungsträger

Die Verantwortung für die Erbringung von stationären Langzeitpflegeleistungen⁸⁷⁷ wurde im Nachkriegsengland auf zwei staatliche Träger verteilt, die Kommunen mit Zuständigkeiten für soziale Dienste, die daher auch bereits als Heimträger vorgestellt wurden, und den Nationalen Gesundheitsdienst.

Die Kommunen nehmen ihre sozialen Aufgaben durch ihre örtlichen Sozialämter (*social services departments*) wahr. Diese wurden durch den LASSA 1970 geschaffen und dürfen als *statutory bodies*, also als Rechtsträger mit gesetzlichen Kompetenzen, nur solche Aufgaben wahrnehmen, die ihnen durch bestimmte Rechtsakte zugewiesen wurden. Wie eingangs bereits erwähnt, zählt hierzu auch die Zuständigkeit für die stationären Langzeitleistungen nach s. 21 NAA 1948. Verkürzt gesprochen liegen nach dieser Vorschrift die Leistungen der sog. *social care* in kommunaler Zuständigkeit.

Die Erbringung von *health care*-Leistungen obliegt demgegenüber den Institutionen des NHS, der im Jahre 1948 durch den *National Health Service Act 1946*⁸⁷⁸ gegründet wurde und nunmehr nach dem *National Health Service Act 2006*⁸⁷⁹ (NHS 2006) für die Erbringung von *health care*-Leistungen zuständig ist. Gem. s. 3(1)(c) NHS 2006 zählen zu diesen Leistungen grundsätzlich auch Pflegeleistungen in Form der sog. „*nursing services*“. Diese Leistungen sollen im Folgenden genauer beleuchtet werden.

⁸⁷⁷ Entsprechend dem Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit geht es im Folgenden nur um die stationäre Langzeitpflege, so daß etwa die Bereiche der „*intermediate care*“ und der „*aftercare*“ nicht behandelt werden. Ebenfalls nicht dargestellt wird der Bereich der „*respite care*“, die zwar gleichfalls in Pflegeheimen stattfinden kann, aber ebenso wie die *intermediate care* und die *aftercare* nur von vorübergehender Dauer ist. Zu diesen Bereichen s. etwa *Winfield u.a., Paying for Care Handbook*, S. 40, 260 f.

⁸⁷⁸ 1946 chapter 81.

⁸⁷⁹ 2006 chapter 41.

b. Social care, community care und health care

Die in der Zuständigkeit der Kommunen liegende *social care* zielt allgemein gesprochen auf den Ausgleich von Gebrechlichkeit und von körperlichen oder geistigen Behinderungen; im Gegensatz zur *health care* liegt ihr primärer Zweck aber nicht in der Behandlung oder Linderung körperlicher Defizite.⁸⁸⁰ Anstatt als „*social care*“ werden diese kommunalen sozialen Dienste auch als „*community care*“-Leistungen bezeichnet, unter denen nach einem gewissen Wandel im Begriffsverständnis⁸⁸¹ eine Vielzahl ambulanter, teilstationärer und stationärer sozialer Dienstleistungen zusammengefaßt werden.⁸⁸²

Zentrale Vorschrift für die Erbringung stationärer Pflegeleistungen als besonderer Form der *community care* ist – neben einigen spezielleren Normen⁸⁸³ – s. 21(1) NAA 1948. Diese Norm lautet:

„21. – *Duty of local authorities to provide accommodation.*

880 Vgl. Netten u.a., Understanding Public Services, S. 1.

881 Der Begriff wurde zunächst vor allem in Abgrenzung zu stationärer Pflege gebraucht und als *care by the community*, also als Unterstützung und Pflege durch Verwandte und örtliche gemeinnützige Verbände verstanden, vgl. *Department of Health and Social Security*, Growing Older (Cm 8173), paras. 7.1 ff.; *Godlove/Mann*, Thirty Years of the Welfare State, Aged Care and Services Review Vol. 2 (1980), S. 4 f.; *Richards*, Long-term Care, S. 6; *Lewis/Glennerster*, Implementing, S. 1 f.; zur Begriffsentwicklung auch *Means/Richards/Smith*, Community Care, S. 3 ff.; *Winfield* u.a., Paying for Care Handbook, S. 5 f.

882 Dem *White Paper* „Caring for People. Community Care in the Next Decade and Beyond“ aus dem Jahre 1989 legte das Gesundheitsministerium folgende umfassende, dienstbezogene Definition von *Community Care* zu Grunde: „*Community Care means providing the right level of intervention and support to enable people to achieve maximum independence and control over their own lives. [...] These services form part of a spectrum of care, ranging from domiciliary support provided to people in their own homes, strengthened by the availability of respite care and day care for those with more intensive care needs, through sheltered housing, group homes and hostels where increasing levels of care are available, to residential care and nursing homes and long-stay hospital care for those for whom other forms of care are no longer enough.*“ (*Department of Health*, Caring for People, para. 2.2); mittlerweile existiert in s. 46 des *National Health Service and Community Care Act 1990* auch eine Legaldefinition des Begriffes. Nach dieser Vorschrift umfaßt *community care* all diejenigen Leistungen, die von den *local authorities* nach Part III des NAA 1948 (hierunter fallen auch stationäre Leistungen in *nursing* und *residential homes*), nach s. 45 des *Health Services and Public Health Act 1948*, nach s. 21 und Schedule 8 des *National Health Service Act 1977* und nach s. 117 des *Mental Health Act 1983* erbracht werden können. Diesem Begriffsverständnis soll auch im Rahmen dieser Arbeit gefolgt werden. Näher zum Umfang von *community care services* s. *Richards*, Long-term Care, S. 52 ff.

883 Neben der Zuständigkeit der *local authorities* nach s. 21(1) NAA sind diese auch noch nach s. 117 des *Mental Health Act 1983* sowie nach s. 17 des *Children Act 1989* für die Erbringung von stationären Langzeitpflegeleistungen als Teil der *community care* zuständig. Um zum berechtigten Personenkreis dieser Leistungen zu zählen, müssen neben der bloßen Pflegebedürftigkeit als solcher jedoch weitere qualifizierende sachliche Voraussetzungen vorliegen. Dem Fokus der vorliegenden Arbeit entsprechend wird auf diese Vorschriften daher nur am Rande eingegangen. Den Schwerpunkt bilden die Leistungen nach s. 21(1) NAA 1948, weil ihr die bloße, oft allein altersbedingte, körperliche Gebrechlichkeit unterfällt.

(1) Subject to and in accordance with the provisions of this Part of this Act, a local authority may with the approval of the Secretary of State, and to such extent as he may direct shall, make arrangements for providing -

(a) residential accommodation for persons who by reason of age, illness, disability or any other circumstances are in need of care and attention which is not otherwise available to them; [...]"

Die in dieser Vorschrift vorgesehene Leistung besteht in der Bereitstellung von *residential accommodation*, also einer stationären Versorgung, die regelmäßig in Gestalt einer Unterbringung in einem Pflegeheim erbracht wird.⁸⁸⁴ Leistungen nach s. 21 NAA 1948 werden durch eine Mischung aus zentralstaatlichen und örtlichen Steuereinnahmen sowie durch Gebühren finanziert, die von den Leistungsempfängern abhängig von deren finanzieller Situation erhoben werden.⁸⁸⁵

In diesem Aspekt unterscheiden sich die *social care*-Leistungen der Kommunen von den *health care*-Leistungen des NHS, die aus zentralstaatlichen Steuermitteln finanziert sind und mit Ausnahme von Zuzahlungen, die insbesondere für Verschreibungen, zahnmedizinische Leistungen sowie für Brillen und Kontaktlinsen erhoben werden,⁸⁸⁶ grundsätzlich gebührenfrei erbracht werden, ss. 1(3), 172 ff. NHS Act 2006. Eine gesetzliche Definition von *health care* existiert nicht. Ss. 3(1)(e), (f) NHS Act 2006 läßt sich allerdings entnehmen, daß die Leistungen der *health care* grundsätzlich auf die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten abzielen.⁸⁸⁷ Die *health care* umfaßt vor allem die sog. *primary care* (medizinische Grundversorgung, etwa durch niedergelassene Allgemein-, Zahn- und Augenärzte), die *in-patient care* (stationäre Krankenversorgung) sowie die *long-term* oder *continuing healthcare* (langfristige Gesundheitspflege, medizinische Versorgung chronisch Kranker).⁸⁸⁸ Damit unterfallen auch bestimmte stationäre Langzeitpflegeleistungen der *health care*, die in der Regel entweder in sog. *long-stay hospitals* oder in *nursing care homes* erbracht werden. Hieraus ergibt sich ein Abgrenzungsbedarf zu der in kommunaler Zuständigkeit zu erbringenden *residential accommodation* in Pflegeheimen.

884 *Clements*, Community Care and the Law, S. 158 f. Zu den Ausnahmen s. unten, S. 159. Die Leistungsvoraussetzungen und das damit in Zusammenhang stehende Verwaltungsverfahren ist weiter unten, S. 159 ff., beschrieben.

885 *Glendinning/Means*, Rearranging the deckchairs on the Titanic of long-term care, CSP 24 (2004), S. 438; *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 233. Näher zur Gebührenerhebung im Zusammenhang mit s. 21 NAA 1948 Leistungen unten, S. 181 ff.

886 Zur Höhe sowie zu den Befreiungsmöglichkeiten vgl. *Department of Health*, HC12: Charges and optical voucher values, abrufbar unter <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4131675?IdcService=GET_FILE&dID=162889&Rendition=Web>.

887 Vgl. auch *Netten* u.a., Understanding Public Services, S. 1.

888 Vgl. *Montgomery*, Health Care Law, S. 52 ff.

c. Überschneidungen, Verschiebungen und Neubestimmung der Zuständigkeiten für die Langzeitpflege

Die stationären Langzeitpflegeleistungen der NHS-*health care* und die der kommunalen *social care* ergänzen sich nicht nur, vielmehr überlappen sie sich teilweise.⁸⁸⁹ Die Abgrenzung zwischen ihnen unterlag, ohne daß sie jemals klar vorgenommen worden wäre, zahlreichen Verschiebungen und Neuinterpretationen.⁸⁹⁰ Ursprünglich waren die unter dem NAA 1948 eingerichteten Heime insbesondere für diejenigen Personen gedacht, die zwar grundsätzlich noch für sich selbst sorgen konnten, die aber nicht länger zu einer selbständigen Führung eines Haushalts in der Lage waren.⁸⁹¹ Jedoch wurde seitens des NHS immer wieder der Vorwurf laut, die Kommunalbehörden würden die Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen häufig verweigern und sie auf die Krankenhausleistungen verweisen. Umgekehrt beklagten die Kommunen, sie seien immer öfter gezwungen, sich auch um Personen mit einem dauerhaften Bedarf an medizinischer Versorgung kümmern zu müssen.⁸⁹² Viele, vor allem ältere Menschen drohten vor diesen Auseinandersetzungen in ein „Niemandland“ zwischen dem NHS und den kommunalen Sozialbehörden zu geraten – einerseits nicht krank genug für *health care*-Leistungen, andererseits aber auch nicht gesund genug, um von den Kommunen versorgt zu werden.⁸⁹³ Um Versorgungslücken zu schließen, gleichzeitig aber den NHS zu entlasten, dehnte die englische Regierung im Laufe der Zeit die Definition von *social care* sukzessive aus, so daß diese zunehmend auch Personengruppen erfaßte, an deren Einbeziehung bei Erlaß des NAA 1948 zunächst nicht gedacht worden war, wie etwa Bettlägige, deren Lebenserwartung auf nur noch wenige Wochen geschätzt wurde, geistig Verwirrte oder inkontinente Personen.⁸⁹⁴ Bestrebungen, den Krankenhaussektor stärker auf die kurzzeitige, akutmedizinische Behandlung auszurichten,⁸⁹⁵ führten ab

889 Richards, Long-term Care, S. 2 f.

890 Zu diesen „*shifting boundaries*“ sowie zu den Versuchen, die Trennung beider Bereiche zu überwinden, vgl. etwa Coxon/Billings/Alaszewski, Integrated Health and Social Care, Rn. 455 ff.; Means/Richards/Smith, Community Care, S. 102 ff.; Glendinning/Means, Rearranging the deckchairs on the Titanic of long-term care, CSP 24 (2004), S. 437 ff.; Glendinning/Hudson/Means, Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care, PM&M 2005, S. 245 ff.; Godlove/Mann, Thirty Years of the Welfare State, Aged Care and Services Review Vol. 2 (1980), S. 1 ff.

891 Vgl. Means/Smith, Poor Law, S. 139.

892 Zu diesen Auseinandersetzungen zwischen *health authorities* und *social service departments*, die sich an nicht aufeinander abgestimmten *eligibility criteria* für die jeweiligen Leistungsbereiche kristallisierten, Abbott/Lewis, Social Policy & Administration 32 (2002), S. 536 f.; vgl. auch Means/Smith, Poor Law, S. 161.

893 Huws Jones, Old People's Welfare, Social Service Quarterly, vol 26 (1952), S. 22; vgl. auch Glendinning/Means, Rearranging the deckchairs on the Titanic of long-term care, CSP 24 (2004), S. 439; Means/Smith, Poor Law, S. 171 ff.

894 Vgl. Ministry of Health, Local Authority Services for the Chronic Sick and Infirm, Circular 14/57 vom 7.10.1957, sowie Ministry of Health, The Care of Elderly in Hospitals and Residential Homes, Circular 18/65 vom 20.9.1965, beide zitiert nach Glendinning/Means, CSP 24 (2004), S. 439 f.; dazu auch Means/Smith, Poor Law, S. 183 ff.

895 Glendinning/Means, CSP 24 (2004), S. 440.

den 1970er Jahren zudem zu einem massiven Abbau von Langzeitpflegebetten des NHS,⁸⁹⁶ um einem „*bed-blocking*“ durch Langzeitpflegepatienten zu begegnen. Dies bewirkte eine steigende Nachfrage nach *social care*-Leistungen in Pflegeheimen⁸⁹⁷ und führte zu einer weiteren Verschiebung der Verantwortlichkeiten in Richtung der Kommunen.⁸⁹⁸ Diese sahen sich nunmehr vor der Herausforderung, für eine wachsende Anzahl älterer Menschen mit einem steigenden Grad an Pflegebedürftigkeit häusliche und stationäre Leistungen anzubieten, ohne hierfür von Seiten der Regierung ausreichend finanzielle Mittel zugewiesen zu bekommen.⁸⁹⁹

Allerdings wurden die Kommunen finanziell dadurch etwas entlastet, daß diejenigen Personen, die nicht in staatlichen Heimen untergebracht waren, sondern ihren Pflegeplatz in privat betriebenen *residential* oder *nursing homes* selbst organisiert hatten, die betreffenden Gebühren ohne Belastung der Kommunalhaushalte durch erhöhte Sätze der zentralstaatlichen Sozialleistungen des *supplementary benefit*⁹⁰⁰ und ab April 1988 des *income support*⁹⁰¹ finanzieren konnten,⁹⁰² was die Nachfrage nach kommunalen *residential care*-Leistungen etwas verringerte. Diese Sozialleistungen schufen jedoch einen zu starken Anreiz in Richtung stationärer Unterbringung und wirkten dem politischen Ziel, stärker auf ambulante *community care*-Dienste zu setzen, entgegen.⁹⁰³ Aus diesem Grund wurde diese Finanzierungsmöglichkeit schließlich gestrichen⁹⁰⁴ und die Finanzierungszuständigkeit für die gesamte Langzeitpflege der *social care* mit dem In-

-
- 896 Die Anzahl geriatrischer Langzeitbetten innerhalb des NHS verringerte sich von 1983 bis 1993 um 30 %, *Harding/Meredith/Wistow*, Options for long term care, S. 8; vgl. auch *Clements*, Community Care, S. 172; *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 234. Insgesamt nahm die Zahl der NHS-Betten innerhalb von 480.000 im Jahre 1979 auf 189.000 Betten im Jahre 2000 ab, *Kerri-son/Pollock*, BMJ 2001, S. 566.
- 897 Ähnliche Verschiebungen fanden auch von den *district nursing services* des NHS in Richtung stationärer *social services* statt, vgl. *Abbott/Lewis*, Social Policy & Administration 36 (2002), S. 533 f.; daneben stieg auch die Nachfrage nach anderen *Community Care*-Leistungen wie etwa nach ambulanter Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und „Essen auf Rädern“, vgl. *Glendinning/Means*, CSP 24 (2004), S. 440.
- 898 Zur Tendenz, immer mehr Verantwortlichkeiten vom NHS auf die local authorities zu übertragen, ohne aber die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel bereitzustellen, s. *Means/Richards/Smith*, Community Care, S. 102 ff.
- 899 Auch gegenwärtig übersteigen die Ausgaben der *local authorities* die Finanzausweisungen der Zentralregierung noch deutlich, *Glendinning/Means*, Rearranging the deckchairs on the Titanic of long-term care, CSP 24 (2004), S. 450.
- 900 Zur Erhöhung der regulären Sätze vgl. reg. 9 der *Supplementary Benefit (Requirements) Regulations 1983*, S.I. 1983 No. 1399 in den bis zum 11. April 1988 jeweils gültigen Fassungen.
- 901 Zur Erhöhung der regulären Sätze vgl. regs. 19 i.V.m. Schedule 4, Part I der *Income Support (General) Regulations 1987*, S.I. 1987 No. 1967 in den bis zum 1. April 1993 jeweils geltenden Fassungen.
- 902 *Lewis/Glennerster*, S. 3; *Richards*, Long-term care, S. 8; *Ridout*, Care Standards, S. 13 f.; *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 234 f.
- 903 Siehe dazu schon oben, S. 140.
- 904 Für die Bewohner privat betriebener Heime, die dort bereits vor dem 1. April 1993 untergebracht waren, galten bis 2003 diverse Übergangsregeln (sog. *preserved rights*), vgl. dazu *Richards*, Long-term Care, S. 116 f.

krafttreten des NHSCCA 1990 im April 1993 insgesamt auf die Kommunen übertragen.⁹⁰⁵

Zu einer erneuten Verschiebung der Verantwortlichkeiten in Richtung der Kommunen führte schließlich das Inkrafttreten von s. 42(1) des NHSCCA 1990. Diese Vorschrift änderte s. 21(1) des NAA 1948 dahingehend, daß die Kommunen nicht mehr länger nur die Pflicht hatten, mit *residential accommodation* für diejenigen 18-Jährigen oder Älteren zu sorgen, die aufgrund ihrer Gebrechlichkeit, ihres Alters oder aus sonstigen Gründen Pflege und Beaufsichtigung benötigen, die sie nicht anderweitig erlangen können, sondern daß sie nunmehr ausdrücklich auch die Versorgung für diejenigen Personen übernehmen mußten, deren Pflegebedarf aus einer Krankheit oder Behinderung resultierte („*for persons aged eighteen and over who by reason of age, illness, disability or any other circumstances are in need of care and attention*“). Damit unterfielen der von den Kommunen zu leistenden *social care* nunmehr auch viele Bereiche der Langzeitpflege, die vormals unter die Gesundheitsversorgung gefaßt wurden wie insbesondere Teile der *nursing care* in stationären Einrichtungen.⁹⁰⁶ In der Folgezeit stellte allerdings der *Court of Appeal* im *Coughlan Case*⁹⁰⁷ klar, daß sich die Kompetenz der Kommunen, als *social care* nach s. 21(1) NAA 1948 auch *nursing care*-Leistungen in stationären Einrichtungen zu erbringen, aufgrund der in s. 21(8) NAA 1948 im Verhältnis zum NHS vorgeschriebenen Subsidiarität⁹⁰⁸ nur auf diejenigen Fälle erstreckt, in denen die *nursing care*-Leistungen neben der Unterbringung qualitativ als lediglich bei-läufig oder untergeordnet („*incidental or ancillary*“) zu betrachten und zudem qualitativ so geartet sind, daß man sie als Leistung einer Behörde erwarten kann, deren primäre Zuständigkeit bei sozialen Diensten liegt.⁹⁰⁹ Demgegenüber sei die Zuständigkeit des NHS dann begründet, wenn der Hilfebedarf des Bewohners primär medizinischer Art ist, selbst wenn noch keine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich ist.⁹¹⁰ In diesem Fall muß daher die Unterbringung in einem *nursing care home* voll-

905 Als Ausgleich für den gestiegenen Finanzbedarf wurde den *local authorities* ein „*special transitional grant*“ zugewiesen, wobei in den ersten Jahren 85 % der Gelder auf Heimplätze im privaten Sektor verwendet werden mußten, s. LASSL(92)12. Dieser Prozentsatz wurde 1996 durch einen Fixbetrag ersetzt, LASSL(96)18. Siehe dazu auch unten, S. 191.

906 *Glendinning/Means*, Rearranging the deckchairs on the Titanic of long-term care, CSP 24 (2004), S. 442. *Richards*, Long-term Care, S. 10, 52. Dies hatte zur Folge, daß bei einer Heimunterbringung von den Kommunen Gebühren auch für die *nursing care* erhoben wurden, während diese Komponente für diejenigen Leistungsempfänger, die *nursing care*-Leistungen in ihrer häuslichen Umgebung erhielten, gebührenfrei vom NHS erbracht wurde. Zur ständigen Zunahme der Bewohner in von den *local authorities* finanzierten Heimen und zum gleichzeitigen Rückzug des NHS aus der Finanzierung stationärer Langzeitpflegeleistungen vgl. *Audit Commission*, *The Coming of Age*, S. 12 f., 46.

907 *R v North and East Devon Health Authority ex p Coughlan* [2001] Q.B. 213.

908 S. 21(8) NAA 1948 lautet: „*Nothing in this section shall authorise or require a local authority to make any provision authorised or required to be [...] provided under the National Health Service Act 2006 [...]*.“

909 *R. v North and East Devon Health Authority ex parte Coughlan* [2001] Q.B. 213, 233; s. ferner *Loux/Kerrison/Pollock*, Long term nursing, BMJ 320 (2000), S. 5.

910 *R v North and East Devon Health Authority ex p Coughlan* [2001] Q.B. 213, 235 ff.

ständig, d.h. inklusive der Kosten für Unterbringung und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) als *NHS Continuing Healthcare* erbracht werden. Die eng gefaßten Voraussetzungen für diese Leistung, die derzeit nur ca. 13 % der Bewohner von *nursing homes* erhalten,⁹¹¹ wurden zunächst in einer an die NHS und die Lokalbehörden adressierten *guidance*⁹¹² des Gesundheitsministeriums näher ausgeführt. Diese wurde jedoch in der Entscheidung *R (Grogan) v Bexley NHS Care Trust* als fehlerhaft und irreführend bezeichnet⁹¹³ und daraufhin schließlich durch das *National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care*⁹¹⁴ ersetzt. Seit dem 1. Oktober 2007 sind die Voraussetzungen, nach denen sich die Auswahlkriterien⁹¹⁵ der einzelnen *Primary Care Trust* für die *NHS Continuing Healthcare* zu richten haben, zudem in dir. 2(6) der *NHS Continuing Healthcare (Responsibilities) Directions 2007* enthalten:

„(6) In deciding whether a person has a primary health need [...], a Primary Care Trust must consider whether the nursing or other health services required by that person are

(a) where that person is, or is to be, accommodated in a care home, more than incidental or ancillary to the provision of accommodation which a social services authority is, or would be but for a person's means, under a duty to provide; or

(b) of a nature beyond which a social services authority whose primary responsibility is to provide social services could be expected to provide,

and if it decides that the nursing or other health services required do, when considered in their totality, fall within paragraph (a) or (b), it must decide that the person has a primary health need.”

Selbst wenn diese Bedingungen eines nicht mehr lediglich als beiläufig oder untergeordnet zu bezeichnenden Hilfebedarfs noch nicht erfüllt sind und die Unterbringung daher nicht insgesamt in die Zuständigkeit des NHS fällt, kann in *nursing care homes* die *nursing care*-Komponente der pflegerischen Versorgung vom NHS neben den *social care*-Leistungen der Kommunen zu erbringen sein. Denn der NHS muß – wie vom *Court of Appeal* im *Coughlan Case* festgestellt⁹¹⁶ – die *health care needs* auch derjenigen Personen versorgen, die unter der generellen Zuständigkeit einer Kommune in einem Pflegeheim untergebracht sind.

In Reaktion auf den *Coughlan Case* machte auch das Parlament durch den Erlaß von s. 49 des HSCA 2001⁹¹⁷ deutlich, daß die *local authorities* im Rahmen der Erbringung von stationären Pflegeleistungen jedenfalls nicht für die Erbringung von „*nursing care*

911 *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 256.

912 HSC 2001/015 = LAC (2001) 18, para 18. Zur Kritik an der *guidance* s. auch *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 256 ff.

913 *R (Grogan) v Bexley NHS Care Trust* (2006) 9 CCLR 188, 207 f.

914 *Department of Health*, *National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care*, 2007.

915 Die Auswahlkriterien (*eligibility criteria for NHS Continuing Healthcare*) werden unter Beachtung des vom Gesundheitsministerium in *guidances* und *directions* vorgegebenen Rahmens von den 28 *Strategic Health Authorities* jeweils eigenständig für die in ihrem Zuständigkeitsgebiet liegenden *Primary Care Trusts* aufgestellt, s. *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 257

916 *R v North and East Devon Health Authority ex p Coughlan* [2001] Q.B. 213, 235, 237.

917 S. 49 HSCA 2001, in Kraft getreten im April 2003, betrifft die „*Exclusion of nursing care from community care services*“. S. zur Umsetzung dieser Norm auch die *guidances* HSC 2001/17 = LAC (2001)26 und HSC 2003/6 = LAC 2003(7).

by a registered nurse“ zuständig und befugt sind. S. 49(2) HSCA 2001 definiert „*nursing care by a registered nurse*“ als diejenigen Leistungen, die von einer beim NHS zugelassenen Krankenschwester geleistet werden und entweder direkt in der Vornahme pflegerischer Verrichtungen oder aber in deren Planung, Überwachung oder Delegation bestehen. Davon ausgenommen sind solche Leistungen, die nach ihrer Natur und den Umständen, unter denen sie erbracht werden, nicht von einer zugelassenen Krankenschwester erbracht werden müssen. Diese Definition schließt Leistungen jeglichen anderen Personals – wie etwa von Pflegeassistenten – aus und sieht in solchen Fällen allein die Beaufsichtigungsleistung der *registered nurse* als Teil der *nursing care* an. Ob mit diesem Ansatz, der auf die Person des Leistungserbringers statt auf Art und Ausmaß der Bedarfssituation des zu Pflegenden abstellt, eine systemgerechte und den im *Coughlan Case* getroffenen Feststellungen zur Reichweite der Kompetenz der *local authorities* nach s. 21(1) NAA 1948 entsprechende Zuständigkeitsabgrenzung getroffen wurde, kann freilich bezweifelt werden.⁹¹⁸

Aus s. 49 HSCA 2001, wonach *nursing care* nicht als Teil der *community care* erbracht werden kann, folgt umgekehrt, daß der NHS auch in den Heimen, in denen Pflegebedürftige in der Zuständigkeit der Kommunen aufgrund von s. 21(1) NAA 1948 untergebracht sind, *nursing care*-Leistungen übernehmen muß.⁹¹⁹ Mit dieser Regelung wurde zugleich eine Benachteiligung gegenüber den Personen beseitigt, die ihre Unterbringung in einem Pflegeheim selbst arrangiert und finanziert hatten, weil diese die *nursing care* Komponente der Pflegeleistungen bereits seit Oktober 2001 als gebührenfreie Leistung des NHS beanspruchen konnten.⁹²⁰ Ferner fand eine Gleichstellung mit den Pflegebedürftigen statt, die medizinische Pflegeleistungen in ihrer häuslichen Umgebung erhalten. Diese Leistungen sollten auch für Heimbewohner in dem Maße verfügbar sein, wie sie es in jeder anderen örtlichen Umgebung ebenfalls wären. Damit wurde den Forderungen der *Royal Commission on Long Term Care*⁹²¹ zumindest dahingehend entsprochen, als *nursing care* unabhängig davon, wo sie erbracht wird, kostenlos sein sollte. Die weitergehende Forderung, auch die *personal care*-Leistungen in Heimen kostenlos zu erbringen,⁹²² blieb bislang – jedenfalls für England⁹²³ – unerfüllt.⁹²⁴

918 Skeptisch auch *Ridout*, *Care Standards*, S. 4.

919 Ausführlich *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 271 ff.

920 Vgl. HSC 2001/17 = LAC (2001)26, Annex, paras. 29 ff.

921 *Royal Commission on Long Term Care*, *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*, S. 62 f.

922 Vgl. *Royal Commission on Long Term Care*, *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*, S. 64 f.; unter *personal care* werden in diesem Bericht allerdings nicht alle unterstützenden Hilfen verstanden, sondern nur diejenigen Dienste, die mit einem körperlichen Kontakt mit dem zu Pflegenden einhergingen, s. *Royal Commission on Long Term Care*, *With Respect to Old Age, Long Term Care – Rights and Responsibilities*, S. 67 f.

923 Anders in Schottland, wo s. 1 des *Community Care and Health (Scotland) Act 2002* (2002 asp 5) i.V.m. ss. 2, 3 der *Community Care (Personal Care and Nursing Care) (Scotland) Regulations 2002* (SSI 2002/203) den *local authorities* die Erhebung von Gebühren auch für *personal care* in Höhe von derzeit £ 149 pro Woche unabhängig von der finanziellen Situation des Bewohners untersagt, wenn dieser das 65. Lebensjahr vollendet hat. Bezüglich der *nursing care* gilt ein altersunabhängiger Schonbetrag von £ 67 pro Woche. Vgl. dazu auch *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S.

Zur praktischen Umsetzung dieser Zuständigkeitsfestlegungen zahlt der NHS für jeden der betreffenden Pflegebedürftigen einen Pauschalbetrag in Höhe von derzeit £ 101 pro Woche an das Pflegeheim.⁹²⁵ Durch die Festlegung eines Pauschalbetrags entfällt das Erfordernis für eine einzelfallbezogene Einordnung der jeweils erbrachten Leistungen. Voraussetzung für die Bereitstellung (allein) von *nursing care*-Leistungen in einem Heim durch den NHS ist die Feststellung eines entsprechenden Bedarfs an diesen Hilfen durch die zuständige örtliche NHS-Behörde, dem sog. *Primary Care Trust*.⁹²⁶ Bevor über den Bedarf an *nursing care* (im soeben beschriebenen Sinn von „*nursing care by a registered nurse*“ gem. s. 49(2) HSCA 2001)⁹²⁷ entschieden wird, hat der *Primary Care Trust* zu prüfen, ob nicht die (sehr viel engeren) Voraussetzungen für eine vollständig von NHS zu finanzierende *NHS Continuing Healthcare* erfüllt sind.⁹²⁸

d. Zusammenfassung

Die Zuständigkeitsverteilung zwischen dem für *health care* verantwortlichen NHS und den für *social care* zuständigen Kommunen für die Erbringung stationärer Pflegeleistungen in *residential* und *nursing care homes* läßt sich nach dem vorstehend Gesagten wie folgt zusammenfassen: (1) ist der Bedarf des Bewohners schwerpunktmäßig medizinischer Art, so ist die Unterbringung in einem *nursing home* vollständig als *NHS Continuing Healthcare* zu erbringen; (2) betrifft der Hilfebedarf hingegen hauptsächlich die Unterstützung bei den wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, so sind die Kommunen unter s. 21(1) NAA 1948 für die stationäre Versorgung zuständig; (3) wenn in diesem Falle neben dem Bedarf an *personal care* zusätzlich ein Bedarf für medizinische Pflegeleistungen besteht, ohne daß dieser medizinische Bedarf den Schwerpunkt des Hilfebedarfs bildet, dann ist für die Erbringung der *nursing care*-Leistungen im Pflegeheim der NHS zuständig, während für die übrigen Leistungen wie

263. Zu Befürchtungen, die Heime könnten versuchen, den dadurch gewonnenen Spielraum zu einer Erhöhung für die grundsätzlich nach wie vor vom Bewohner selbst zu tragenden „*hotel costs*“ zu nutzen, vgl. *Main/Bissett-Johnson*, S.L.T. 2002 S. 279 f.

924. Dazu *Henwood*, The truth about “free” care, *Community Care* 2001, 1. – 7. November, S. 36 f.

925. Dir. 2(5) i.V.m. 1(2) der *National Health Service (Nursing Care in Residential Accommodation) (England) Directions 2007*. S. auch *Department of Health*, NHS-Funded Nursing Care. Practice Guide (revised) 2009, S. 4. Dieser Pauschalbetrag löste zum 1. Oktober 2007 das bisher bestehende, nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit unterscheidende Stufenschema ab, das zuletzt Zahlungen in Höhe von entweder £ 40, 83 oder 133 (inzwischen durch die o.g. *directions* für Altfälle erhöht auf £ 40, 87 bzw. 139) vorsah; vgl. auch *Department of Health*, HSC 2003/6, S. 16.

926. Dir. 2(1)(b) der *National Health Service (Nursing Care in Residential Accommodation) (England) Directions 2007*. Vorgaben für das Verfahren, in dem ermittelt werden soll, ob die Voraussetzungen für *NHS-funded nursing care* vorliegen, enthält *Department of Health*, NHS-funded Nursing Care. Practice Guide 2007.

927. Dir. 1(2) der *National Health Service (Nursing Care in Residential Accommodation) (England) Directions 2007*.

928. Dirs. 2(2), (3) der *National Health Service (Nursing Care in Residential Accommodation) (England) Directions 2007*. Zu den Voraussetzungen, unter denen Leistungen der *NHS Continuing Health Care* zu erbringen sind, s. dir. 2(6) der *National Health Service (Nursing Care in Residential Accommodation) (England) Directions 2007* sowie oben, S. 151.

Unterbringung und *personal care* die kommunalen Sozialbehörden verantwortlich bleiben. Auch dann, wenn die Heimunterbringung nicht als *residential accommodation* nach s. 21(1) NAA 1948 erbracht wird, sondern vom Bewohner in privater Initiative beschafft wurde, ist eine Finanzierung der *nursing care*-Komponente durch den NHS bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs in dem Umfang möglich, wie solche Leistungen auch in der eigenen häuslichen Umgebung des zu Pflegenden erbracht werden müßten.

Im Einzelnen ist die Beurteilung dessen, was einen primär medizinischen Bedarf begründet und was, selbst wenn ein solcher nicht gegeben ist, dem Bereich der *nursing care* zuzurechnen ist und was demgegenüber noch in den Bereich der *personal care* fällt, weiterhin umstritten und trotz einer Beschreibung in s. 49 HSCA 2001 keineswegs *a priori* exakt festgelegt.⁹²⁹ Die genauen Grenzen können nur einzelfallbezogen ermittelt werden. Auch die Einführung der Pauschalzahlungen durch den NHS für die *nursing care* Komponente ließ diesen Abgrenzungsbedarf keineswegs vollständig entfallen, weil der Zahlung dieser Leistungspauschale nach wie vor die Frage vorgelagert ist, ob der Schwerpunkt des Hilfebedarfs nicht etwa im medizinischen Bereich und somit die Verantwortung für die Leistungserbringung insgesamt beim NHS liegt.

Faktisch betrachtet kommt die ganz überwiegende Verantwortung für die Erbringung staatlicher Leistungen der Langzeitpflege jedoch den Kommunen zu, während die Leistungen des NHS primär auf die kurzzeitige, akutmedizinische Behandlung ausgelegt sind. Diese Schwerpunktsetzung verdeutlicht s. 6 des *Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003*⁹³⁰, der eine pauschalierte Entschädigungszahlung durch die Kommunen an den NHS für die Fälle vorsieht, in denen sich die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus (und damit das Freiwerden der betreffenden Akutbetten) dadurch verzögert, daß anschließende *social care*-Maßnahmen nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen. Die Tatsache, daß mehr als die Hälfte der Anfragen für *social care*-Leistungen auf Patienten zurückgeht, die nach einer Akutbehandlung aus dem Krankenhaus entlassen werden,⁹³¹ läßt die Bedeutung dieser Vorschrift erkennen.

2. Formen der Zusammenarbeit zwischen dem NHS und den Kommunen

Während die grundsätzliche Trennung der Zuständigkeiten für die Erbringung von *health* und *social care*-Leistungen aufrechterhalten blieb, wurde mittels verschiedener Formen der Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern versucht, die mit dem gegliederten System einhergehenden Schwierigkeiten für die Leistungsbezieher zu überwinden.⁹³²

929 Vgl. *Montgomery*, *Health Care Law*, S. 60; zu Abgrenzungsschwierigkeiten im Rahmen von örtlichen *eligibility criteria* s. auch *Abbott/Lewis*, *Social Policy & Administration* 32 (2002), S. 538 ff.

930 2003 chapter 5.

931 *Coxon/Billings/Alaszewski*, *Providing Integrated Health and Social Care*, Rn. 458.

932 Allgemein zur Zusammenarbeit in *health* und *social care* etwa *Hudson/Henwood*, *Policy & Politics* vol. 30 (2002), S. 153 ff.; *Wyatt*, *Policy & Politics* vol. 30 (2002), S. 167 ff. Die Überlegungen zur Zusammenarbeit und Integration von Zuständigkeiten beziehen sich nicht allein auf die *health* und

Bereits der *National Health Service Reorganisation Act 1973*⁹³³ sah gemeinsame Beratungskomitees für die Bedarfsplanung von *health* und *social care*-Diensten vor,⁹³⁴ das *White Paper* „*Caring for People. Community Care in the Next Decade and Beyond*“ aus dem Jahre 1989 widmete der Zusammenarbeit zwischen Akteuren beider Zweige des Sozialsystems ein ganzes Kapitel.⁹³⁵ Im Rahmen des sog. *Joint Commissioning*⁹³⁶ sollten gemeinsame Bedarfsplanungs- und Bedarfsdeckungsmechanismen angewandt werden. Die unternommenen Anstrengungen konnten jedoch die Koordinationsdefizite, die insbesondere im Anschluß an die Entlassung von Patienten aus Krankenhäusern offensichtlich wurden, nicht überwinden.⁹³⁷

Die Abstimmungsprobleme wurden von der 1997 gewählten *Labour* Regierung erneut aufgegriffen, die zunächst im *Discussion Paper* „*Partnership in Action*“⁹³⁸ und schließlich im *White Paper* „*Modernising Social Services*“⁹³⁹ die schlechte Koordination zwischen verschiedensten Behörden sowie deren negative Auswirkungen insbesondere auf ältere Menschen kritisierte. Sie kündigte Reformen an⁹⁴⁰ und propagierte in verstärktem Maße eine Partnerschaft zwischen dem NHS und den kommunalen Sozialbehörden.⁹⁴¹ Zur Umsetzung dieser Pläne wurde zunächst in s. 22 des NHA 1977 die generelle Pflicht der für *health* und der für *social care* zuständigen Behörden eingefügt, zur Sicherung und Förderung der Gesundheit und des sozialen Wohlergehens der Bevölkerung zusammenzuarbeiten.⁹⁴² Darüber hinaus führte die mittlerweile zwar aufge-

social care Dienste, sondern erstrecken sich auch auf das *social housing*, das oft ebenfalls im Zuständigkeitsbereich der *local authorities* liegt. Vgl. dazu *Department of Health/Department of the Environment, Transport and the Regions*, *Better Care, Higher Standards: A Charter for Long Term Care*.

933 1973 chapter 32, mittlerweile aufgehoben durch ss. 2(1), 4(1), 5(1), Sch. 1, Pt. III, para. 98, Sch. 2, para. 12, Sch. 3 des *Health Authorities Act 1995* (1995 chapter 17).

934 Vgl. *Means/Richards/Smith*, *Community Care*, S. 105.

935 *Department of Health*, *Caring for People*, S. 47 ff.

936 Dazu *Department of Health*, *An introduction to Joint Commissioning*, S. 2 ff.

937 Zu den Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit und den Defiziten in der Umsetzung der Verbesserungsansätze vgl. etwa *Means/Richards/Smith*, *Community Care*, S. 106 ff.

938 *Department of Health*, *Partnership in Action*.

939 *Department of Health*, *Modernising Social Services*.

940 *Department of Health*, *Modernising Social Services*, S. 6.

941 *Means/Richards/Smith*, *Community Care*, S. 113 ff.; *Glendinning/Means*, *CSP* 24 (2004), S. 443; *Hudson/Henwood*, *Policy and Politics* Vol. 30 (2002), S. 157; vgl. auch *Dowling/Powell/Glendinning*, *Health and Social Care in the Community* 12 (2004), S. 309 ff., die mittels einer umfassenden Literaturlauswertung der Frage nachgingen, inwieweit dieser Politikansatz zu Verbesserungen im Bereich der *health* und *social services* führte.

942 S. 22(1) des *Health Act 1977* in der bis zum 1. März 2007 geltenden Fassung lautete: „*In exercising their respective functions NHS bodies (on the one hand) and local authorities (on the other) shall co-operate with one another in order to secure and advance the health and welfare of the people of England [...]*.“ Die entsprechende Vorschrift findet sich nun in s. 82 NHA 2006. Kritisch zur Politik, die Zusammenarbeit zunehmend nicht mehr nur auf freiwilliger Basis zu ermöglichen, sondern sie verpflichtend zu machen, *Means/Richards/Smith*, *Community Care*, S. 115.

hobene,⁹⁴³ aber inhaltsgleich durch s. 75 NHSA 2006 ersetzte s. 31 des *Health Act 1999*⁹⁴⁴ Flexibilisierungen im Bezug auf die Leistungserbringung ein.⁹⁴⁵ Zum einen wurde den Kommunen und den lokalen NHS-Behörden die Möglichkeit eingeräumt, für bestimmte Teilbereiche der Versorgung gemeinsame Budgets zu bilden.⁹⁴⁶ Zum anderen wurden zu einem gewissen Grad gegenseitige Übertragungen von Zuständigkeiten für die Bereitstellung von Pflegeleistungen im Außenverhältnis zu den Leistungserbringern und -empfängern ermöglicht (sog. „*lead commissioning*“, entweder durch lokale *social service departments* oder *Primary Care Trusts*⁹⁴⁷ des NHS, die auf lokaler Ebene für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen verantwortlich sind).⁹⁴⁸ Die Verantwortung für die Erfüllung der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben verblieb bei diesen Gestaltungen jedoch unverändert bei den jeweiligen NHS-Behörden und den *local authorities*.⁹⁴⁹

Um die Zusammenarbeit zwischen den *Primary Care Trusts* und den kommunalen Sozialbehörden weiter zu erleichtern, wurde ferner die ursprüngliche Anzahl von 303 PCTs drastisch reduziert,⁹⁵⁰ so daß sich bei ca. 70 % der nunmehr 152 PCTs die Zuständigkeitsgebiete geographisch mit denen der Kommunen decken.⁹⁵¹

3. Care Trusts

Ein weiterer Schritt, die integrierte Versorgung mit *social* und *health services* voranzutreiben und es zu ermöglichen, die Zuständigkeit sowohl für *health care* als auch für *social care*-Leistungen auf eine einzelne, eigenständige Organisation zu übertragen, wurde im *White Paper „The NHS Plan“* angekündigt⁹⁵² und durch ss. 45 – 48 des HSCA 2001⁹⁵³ schließlich mittels der Schaffung sogenannter *Care Trusts*⁹⁵⁴ umge-

943 Vgl. Schedule 4, s. 6 des *National Health Service (Consequential Provisions) Act 2006* (2006 chapter 43).

944 1999 chapter 8.

945 Vgl. hierzu *Morries*, Community Care, S. 215 f.; *Glendinning* u.a., The Health Act 1999 section 31, S. 23 ff.; *Hudson/Henwood*, Policy & Politics vol. 30 (2002), S. 159.

946 Vgl. s. 31(2) HA 1999 in der bis zum 1. März 2007 geltenden Fassung sowie s. 76(2) NHSA 2006. Zu den faktischen Problemen bei der Umsetzung dieser *pooled budgets* vgl. *Glendinning* u.a., The Health Act 1999 section 31, S. 27 ff.

947 Allgemein zu Funktion und Stellung der *Primary Care Trusts* s. *Ridout*, Care Standards, S. 49 ff.

948 Vgl. s. 31(2)(b), (c) HA 1999 in der bis zum 1. März 2007 geltenden Fassung sowie s. 75(2)(b), (c). Gem. s. 46 HSCA 2001 und s. 78 NHSA 2006 konnten bzw. können diese *partnership arrangements* unter bestimmten Voraussetzungen auch zwangsweise angeordnet werden.

949 S. 31(5) HA 1999 in der bis zum 1. März 2007 geltenden Fassung bzw. jetzt s. 75(5) NHSA 2006. Vgl. auch *Montgomery*, Health Care Law, S. 91.

950 Kritisch zu diesen Plänen *House of Commons*, Changes to Primary Care Trusts, S. 30 ff.

951 Die Umstrukturierung geht zurück auf das *policy paper* des *Department of Health*, Commissioning a patient-led NHS, S. 3.

952 S. *Department of Health*, The NHS Plan, S. 73. Dazu *Hudson/Henwood*, Policy & Politics vol. 30 (2002), S. 161 ff.

953 Diese Normen wurden zum 1. März 2007 durch Schedule 4, s. 6 des *National Health Service (Consequential Provisions) Act 2006* aufgehoben.

setzt.⁹⁵⁵ Die betreffende Regelung ist mittlerweile in s. 77 NHSA 2006 enthalten. Bei den *Care Trusts* handelt es sich um eigenständige juristische Personen, deren Organe mit Vertretern der lokalen NHS-Behörden und der kommunalen Sozialbehörden besetzt sind⁹⁵⁶ und denen Personal von diesen beiden Behörden übertragen wird.⁹⁵⁷

Auf die *Care Trusts* werden Zuständigkeiten für die Bereitstellung⁹⁵⁸ sowohl von *health* als auch von *social services* delegiert.⁹⁵⁹ Trotz dieser Delegation verbleibt die Letztverantwortlichkeit für die übertragenen Zuständigkeiten im Bereich der *social care* jedoch bei der jeweiligen Kommune, so daß keine vollumfängliche Abgabe der Aufgabenverantwortlichkeit vorliegt.⁹⁶⁰ Die Bildung der *Care Trusts* beruht auf einer freiwilligen, widerruflichen Vereinbarung zwischen den NHS-Behörden und den Kommunen. Trotz ihrer Doppelzuständigkeit stellen sie Untergliederungen des NHS dar, die in die Weisungshierarchie des Nationalen Gesundheitsdienstes eingebunden sind. Hieraus resultiert eines der Hauptbedenken der *local authorities* gegen die *Care Trusts*, nämlich daß mit ihrer Bildung Schritt für Schritt wichtige eigene Aufgaben auf den NHS übertragen und damit über die Aufsicht durch die *Strategic Health Authorities*⁹⁶¹ letztlich der Zentralregierung unterstellt würden. Die Kommunen befürchten, daß hierdurch ihre Zuständigkeiten immer weiter ausgehöhlt werden könnten und das Risiko eines vollständigen „takeovers“ der *social care*, einer kommunalen Kernkompetenz, durch den NHS steigen könnte.⁹⁶² Diese Befürchtungen sind auch vor dem Hintergrund des neu eingeführten nationalen Regulierungsregimes aus dem *Care Standards Act 2000*, den *Care Homes Regulations 2001*⁹⁶³ und den *National Minimum Standards* zu sehen, das ohnehin schon zu einer deutlichen Zentralisierung der Zuständigkeiten für die *social care* geführt hat. Auch dürften sie durch die Zusammenfassung der Regulierungskompetenzen für Einrichtungen der *social care* und der *health care* bei der *Care Quality*

954 Allgemein zu den *Care Trusts* etwa *Department of Health*, *Care Trusts – Background Briefing*.

955 *Montgomery*, *Health Care Law*, S. 91.

956 Vgl. hierzu *Montgomery*, *Health Care Law*, S. 92; *Glasby/Peck*, *Introduction*, S. 4; skeptisch bezüglich der Einflussmöglichkeiten der *social services* Vertreter *Hudson*, *Ten Reasons not to Trust Care Trusts*, MMC: *Building knowledge for integrated care*, vol. 10 (2002), S. 9.

957 Dies kann entweder dadurch geschehen, daß das Arbeitsverhältnis unter Beibehaltung der bisherigen Konditionen auf den *Care Trust* übertragen wird oder indem eine Abordnung des Personals an den *Care Trust* erfolgt. Vgl. hierzu *Department of Health*, *Care Trusts – Background Briefing*, Ziffer 24; zu den hierbei auftretenden Schwierigkeiten *Hudson*, *Care Trusts*, S. 86 f.

958 Die Übertragung bezieht sich auf das *commissioning* (dazu unten, S. 194 ff.) der Leistungen. Die Auswahlkriterien dafür, welche Personengruppen grundsätzlich als Leistungsempfänger in Betracht kommen, obliegt jedoch weiterhin den *Strategic Health Authorities* bzw. den *local authorities*.

959 Auch diese Delegation erfolgt nach s. 75 des NHSA 2006; vgl. *Department of Health*, *Guidance on Governance of Care Trusts*, Ziffer 3 (noch unter Geltung von s. 31 HA 1999).

960 Vgl. *Department of Health*, *Care Trusts – Background Briefing*, Ziffern 16, 20.

961 Vgl. *Department of Health*, *Guidance on Governance of Care Trusts*, para. 15

962 Vgl. *Hudson/Henwood*, *Policy & Politics* vol. 30 (2002), S. 162; *Hudson*, *Care Trusts*, S. 86. Die gleichen Vorbehalte bestanden bereits gegen die in s. 31 HA 1999 vorgesehene Möglichkeit der Integration sozialer und Gesundheitsdienste in eine einheitlichen Organisation, s. *Glendinning* u.a., *The Health Act 1999 section 31*, S. 35 f.;

963 S.I. 2001 No. 3965.

*Commission*⁹⁶⁴ durch den *Health and Social Care Act 2008*⁹⁶⁵ nochmals aufgenommen haben.

Gegen die Bildung von *Care Trusts* werden ferner dahingehend Bedenken geäußert, daß ehemals für *social services* zur Verfügung stehende Gelder in *Care Trusts* vermehrt für *health care*-Leistungen ausgegeben würden, weil die verordnenden Ärzte mit diesen vertrauter seien als mit *social care*-Leistungen.⁹⁶⁶ Nicht zuletzt aus diesen Gründen blieb die Gründung von *Care Trusts* in der Praxis hinter den Erwartungen zurück.⁹⁶⁷ Für Umsetzungsschwierigkeiten sorgten auch die unterschiedlichen Finanzregimes der NHS-Behörden einerseits und der Kommunen andererseits, insbesondere im Hinblick auf die Pflicht zur Gebührenerhebung für die erbrachten Dienste.⁹⁶⁸

In der Literatur gibt es bislang nur wenige Anhaltspunkte dafür, daß die Versuche, die Zusammenarbeit zwischen den für *health* und *social care* zuständigen Behörden zu forcieren, zu einer Verbesserung der Zugänglichkeit, der Effizienz und Effektivität der Leistungen oder zu einer Anhebung der Lebensqualität der Leistungsempfänger geführt hätten.⁹⁶⁹

Für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist jedoch, daß auch die *Care Trusts* Rechtspersonen sind, die für die Erbringung stationärer Langzeitpflegeleistungen zuständig sein können. Wenn im Rahmen dieser Arbeit dennoch weiterhin primär von den Kommunen und nicht stets auch von den *Care Trusts* gesprochen wird, so ist dies einerseits dem Umstand geschuldet, daß *Care Trusts* in der Praxis bislang kaum verbreitet sind, andererseits aber stets unter dem Vorbehalt zu verstehen, daß sich die jeweiligen Ausführungen grundsätzlich auch auf derartige *Care Trusts* übertragen lassen.

Neben diesen institutionellen und zuständigkeitsbezogenen Flexibilisierungen wurden auch Änderungen in den Verfahrensabläufen eingeführt, um die institutionelle Trennung von *health* und *social services* zu mildern. Als Beispiele können etwa die gegenseitige Abstimmung der Versorgungsstrukturen oder gemeinsam durchzuführende Bedarfsprüfungen⁹⁷⁰ bei Leistungsempfängern genannt werden. Die entsprechenden Regelungen werden jedoch erst weiter unten im Zusammenhang mit den betreffenden

964 Vgl. dazu unten, S. 229.

965 2008 chapter 14.

966 Vgl. *Hudson*, Ten Reasons not to Trust Care Trusts, MCC: Building knowledge for integrated care, vol. 10 (2002), S. 6.

967 *Audit Commission*, Integrated services for older people, S. 39; *Hudson*, Care Trusts, S. 83. Im Jahre 2003 existierten erst sieben derartige *trusts*, von denen wiederum nur auf zwei auch die Zuständigkeiten für die Erbringung von Langzeitpflegeleistungen übertragen worden war (vgl. *Glasby/Peck*, Introduction, S. 4).

968 Hierzu und zu weiteren Problemen bei der Gründung von Care Trusts s. *Hudson*, Ten Reasons not to Trust Care Trusts, Managing Community Care, vol. 10 (2002), S. 3 ff.; *ders.*, Care Trusts, S. 84 ff.

969 Vgl. *Dowling/Powell/Glendinning*, Conceptualising successful partnerships, Health and Social Care in the Community 12 (2004), S. 314.

970 Der *single assessment process* soll Doppelprüfungen durch NHS und die Kommunen vermeiden helfen. Näher unten, S. 167.

Verfahrensschritten dargestellt, weil sie nur die administrativen Abläufe, nicht aber auch die grundsätzliche Zuständigkeitsverteilung betreffen.

III. Stationäre Langzeitpflegeleistungen nach s. 21 NAA 1948

1. Leistungsinhalt

S. 21(1)(a) NAA 1948 verpflichtet die Kommunen unter bestimmten Voraussetzungen zur Erbringung von „*residential accommodation*“. Aus der Verknüpfung dieser Rechtsfolge mit der Leistungsvoraussetzung „*for persons [...] in need of care and attention*“ wird ersichtlich, daß unter *residential accommodation* mehr als eine bloße stationäre Unterbringung zu verstehen ist. Vielmehr umfaßt dieser Begriff auch Leistungen, die zusätzlich zur Unterbringung erbracht werden, um dem Bedarf des Leistungsempfängers an „*care and attention*“ zu entsprechen, vgl. s. 21(5) NAA 1948. Darunter fallen neben der Verpflegung vor allem die Pflegeleistungen (*personal care*) sowie Reinigungs- und Wäschereidienste.⁹⁷¹ Die *local authorities* kommen ihren Verpflichtungen aus s. 21(1) NAA 1948 daher typischerweise dadurch nach, daß sie die Anspruchsberechtigten in einem Pflegeheim unterbringen.⁹⁷² Nur ausnahmsweise kann der Verpflichtung aus s. 21(1) NAA 1948 auch allein durch die Unterbringung in einer herkömmlichen Unterkunft ohne Pflegeleistungen nachgekommen werden.⁹⁷³ Dies ist dann der Fall, wenn zwar ein Bedarf an „*care and attention*“ gegeben ist, diesem aber schon mit einer normalen Wohnunterbringung entsprochen werden kann, die verhindert, daß andere *community care*-Leistungen erforderlich werden.⁹⁷⁴

Abhängig vom individuellen Pflegebedarf können stationäre Langzeitpflegeleistungen nach s. 21(1) NAA 1948 entweder in einem *residential home* oder in einem *nursing home* erbracht werden. Gem. s. 21(8) NAA 1948 zählen im letztgenannten Fall die *nursing care*-Leistungen nicht zum Leistungsumfang nach s. 21(1) NAA 1948, sie können jedoch bei Feststellung eines entsprechenden Bedarfs als *health care* vom NHS zu erbringen sein.⁹⁷⁵ Entsprechend hat der örtlich zuständige *Primary Care Trust* der Unterbringung in einem solchen Heim zuzustimmen, s. 26 (1C) NAA 1948.

971 Vgl. *Mandelstam*, *Community Care Practice and the Law*, S. 186 f.

972 *Mandelstam*, *Community Care Practice and the Law*, S. 183.

973 *R v Newham London Borough Council ex p Medical Foundation for the Care of Victims of Torture* (1998) 30 H.L.R. 955 (QBD); *R v Bristol County Council ex parte Penfold* (1998) 1 CCLR 315, 316, 326 f.; *R v Wigan Metropolitan Borough Council ex p Tammadge* (1998) 1 CCLR 581, 584, 597; s. dazu auch *Clements*, *Community Care*, S. 155 ff.

974 Vgl. *R (Wahid) v The Mayor and Burgesses of Tower Hamlets London Borough Council* (2002) 5 CCLR 239, 248. Derartige Leistungen wurden etwa relevant bei mittellosen Asylbewerbern nach Ablehnung ihres Asylantrags, deren Hilfebedarf primär aus der Obdachlosigkeit resultierte, vgl. *R v Kensington and Chelsea Royal London Borough Council ex p Kujtim* [1999] 4 All ER 161 (CA). Zur Leistungserbringung an Asylsuchende nach Einführung von s. 21(1A) NAA 1948 vgl. *Clements/Thompson*, *Community Care*, S. 199 ff.

975 Siehe dazu oben, S. 151 ff.