

90,0 % für *residential care homes*.<sup>804</sup> Die Bewohner eines Pflegeheimes sind im Durchschnitt 84 Jahre alt, der Anteil der Frauen überwiegt den der Männer deutlich.<sup>805</sup>

## II. Heimträger

Der englische Pflegeheimmarkt weist hinsichtlich der Träger eine starke Fragmentierung auf. Nur noch ca. 7 % aller Pflegeplätze (bzw. 11 % der *residential care* Plätze) befinden sich in staatlichen, von Kommunen („*local authorities*“) betriebenen Heimen.<sup>806</sup> Als *local authorities*<sup>807</sup> werden in England die Verwaltungen der Gebietskörperschaften bezeichnet, die unterhalb der 9 englischen Regionen angesiedelt sind.<sup>808</sup>

Allerdings sind nicht alle dieser Kommunen für die Erbringung von *social care* Leistungen zuständig (und kommen damit auch als Pflegeheimbetreiber in Betracht), sondern nur diejenigen, denen Aufgaben zur Erbringung sozialer Dienste („*social services functions*“) übertragen sind. Diese sozialen Dienste umfassen einen relativ weit gefaßten, primär aus den in Schedule 1 des *Local Authority Social Services Act 1970*<sup>809</sup> (LASSA 1970) genannten Zuständigkeiten bestehenden Bereich, der unter anderem Aufgaben des Kinder- und Jugendschutzes, der Wohlfahrtspflege älterer Menschen, der Behindertenfürsorge und auch mobile sowie die in dieser Arbeit interessierenden stationären Pflegeangebote<sup>810</sup> beinhaltet. Nach s. 1 LASSA 1970 haben folgende Kommunen Zuständigkeiten für die Erbringung sozialer Dienste: (1) die *non-metropolitan counties*, die geographisch eine relativ große Fläche umfassen und häufig auf historische Grafschaften zurückgehen; (2) die *metropolitan districts*, die allesamt den Status eines *borough* haben und deshalb häufig auch als *metropolitan boroughs* bezeichnet werden; (3) die *London boroughs*; (4) die *City of London*.<sup>811</sup> Zu diesen treten (5) die sog. *unitary authorities* hinzu,<sup>812</sup> bei denen es sich um *district* oder *borough authorities* handelt, denen für ihr Gebiet die Aufgaben der ihnen bisher übergeordneten *counties* übertragen wurden,<sup>813</sup> die ihrerseits entweder um die betreffenden Gebiete verkleinert oder auch

804 Vgl. Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 109, Table 5.4.

805 Vgl. Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 24, Table 2.1.

806 Vgl. Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 121.

807 Allgemein zur Stellung der Lokalverwaltungen im Gefüge der britischen öffentlichen Verwaltung Greenwood/Pyper/Wilson, New Public Administration, S. 93 ff.

808 Vgl. zu diesem Sprachgebrauch etwa s. 1 des *Local Government Act 2000* (2000 chapter 22).

809 1970 chapter 42.

810 S. Sched. 1 LASSA 1970, der als Aufgabe der Kommunen auch die Erbringung von „*residential accommodation*“ nach s. 21(1) des *National Assistance Act 1948* (näher dazu unten, S. 159 ff.) nennt.

811 Speziell für die Zuständigkeiten der *local authorities* nach dem CSA 2000 ergibt sich die (mit der hiergenannten Aufstellung) inhaltlich übereinstimmende Aufzählung der relevanten Behörden aus s. 121(1) CSA 2000 i.V.m. s. 105(1) Children Act 1989 (1989 chapter 41).

812 Winfield u.a., Paying for Care Handbook, S. 12; Clements/Thompson, Community Care and the Law, S. 3.

813 Dies geschieht durch Erlass eines *Statutory Instrument* aufgrund von ss. 17, 26 des *Local Government Act 1992* (1992 chapter 19). Siehe etwa art. 3(1) der *Cleveland (Structural Change) Order*

gänzlich aufgelöst worden sind. Derzeit existieren in England etwas mehr als 140 derartiger Kommunen mit Zuständigkeiten für soziale Dienste. Die reinen *district* oder *borough councils*, die innerhalb einzelner *counties* liegen und denen nicht der Status einer *unitary authority* verliehen wurde, haben demgegenüber keine derartigen Zuständigkeiten.<sup>814</sup> Wenn im Folgenden pauschal von „Kommunen“ als Betreiber von Pflegeheimen oder als Träger von Pflegesozialleistungen die Rede ist, sind damit stets nur diejenigen mit *social services functions* gemeint.

Bei den von Kommunen betriebenen Pflegeheimen handelt es sich fast ausschließlich um *residential homes*.<sup>815</sup> Der Anteil staatlich betriebener Heime ist seit Ende der 1980er Jahre allerdings stark rückläufig,<sup>816</sup> was insbesondere auf den Einfluß der Zentralregierung zurückzuführen ist: das Sozialministerium (*Department of Social Security*) wies den Kommunen als Ausgleich für die Übertragung von Verantwortlichkeiten in der Pflege von 1993 bis 1999 einen *Special Transition Grant* zu, der jedoch mit der Auflage verbunden war, 85 % der Gelder auf den Leistungsbezug von Einrichtungen außerhalb des öffentlichen Sektors zu verwenden.<sup>817</sup> Die Anzahl an Langzeitpflegeplätzen in kommunal betriebenen Heimen nahm im Vereinigten Königreich von 1987 bis 2007 um ca. 72 % ab.<sup>818</sup> Mittlerweile verfügen in etwa 20 % aller Kommunen über keine eigenen Heime mehr.<sup>819</sup> Das *House of Lords* billigte dies auch mit Blick auf die Zuständigkeit der Kommunen für die Erbringung sozialer Dienste, weil es den Kommunen aufgrund von s. 26 des *National Assistance Act 1948*<sup>820</sup> (NAA 1948) seit der Änderung dieser Vorschrift durch den *National Health Service and Community Care Act 1990*<sup>821</sup> (NHSCCA 1990) freistehe, den Betrieb eigener *care homes* gänzlich einzustellen und zur Erfüllung ihrer Pflichten nur noch auf Heime privater Betreiber zurückzugreifen.<sup>822</sup>

Ca. 15 % der stationären Langzeitpflegeplätze entfallen auf den gemeinnützigen Sektor (*voluntary sector*), der sowohl über *residential homes* als auch *nursing homes* verfügt.<sup>823</sup> Als gemeinnützig werden diejenigen Träger bezeichnet, die Gemeinwohlaufgaben ohne eigenes Gewinnstreben wahrnehmen. Bekannte Beispiele gemeinnütziger Or-

---

1995 betreffend die Auflösung des *Cleveland County Council* und die Übertragung der Zuständigkeiten auf die *Cleveland boroughs*, die damit zu *unitary authorities* wurden.

814 *Winfield* u.a., *Paying for Care Handbook*, S. 12.

815 Grund hierfür ist, daß die *local authorities* nicht für die Erbringung von Leistungen der *nursing care* zuständig sind. Ausführlich dazu unten, S. 145 ff.

816 Vgl. *Lang & Buisson*, *UK Market Survey 2007*, S. 25, Table 2.2; *Netten* u.a., *Understanding Public Services*, S. 20.

817 Siehe LASSL(92)12. Dieser Prozentsatz wurde 1996 durch einen Fixbetrag ersetzt, LASSL(96)18. Ab dem 1.4.1999 ging dieser *special grant* in den allgemeinen Transferzahlungen auf. S. auch *Knapp/Hardy/Forder*, *Commissioning for Quality*, JSP 30 (2001), S. 294; *Clements*, *Community Care and the Law*, S. 158.

818 Vgl. *Lang & Buisson*, *UK Market Survey 2007*, S. 25, Table 2.2.

819 *Office of Fair Trading*, *Care homes for older people*, Annexe B, S. 4.

820 11 and 12 Geo. 6 chapter 29.

821 1990 chapter 19.

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

823 Bezogen auf das gesamte Vereinigte Königreich im April 2007, s. *Laing & Buisson*, *UK Market Survey 2007*, S. 25, Table 2.2.

ganisationen mit eigenen stationären Pflegeeinrichtungen sind etwa die 1948 gegründete *Leonard Cheshire Foundation* und der 1968 als *Help the Aged (Oxford) Housing Association* gebildete *Anchor Trust*, der mit knapp 100 Heimen im Vereinigten Königreich den größten gemeinnützigen Anbieter am Pflegeheimmarkt darstellt.<sup>824</sup>

Einst bildeten gemeinnützige Träger in Großbritannien die Hauptquelle formaler Hilfe und Unterstützung und boten – die Zugehörigkeit zu entsprechenden religiösen, beruflichen oder gewerblichen Vereinigungen vorausgesetzt – Alternativen zu einer stationären Unterbringung in den Armenhäusern unter dem *Poor Law*. Ihre Stellung wurde in der Folge der Sozialgesetzgebung der 1940er Jahre jedoch von sozialen Diensten in der Hand der Kommunen abgelöst.<sup>825</sup> Der inzwischen vergleichsweise geringe Marktanteil ist vor allem darauf zurückzuführen, daß der gemeinnützige Sektor nach Ende des Zweiten Weltkrieges keinen festen Platz in der Architektur des britischen Wohlfahrtsmodells erhielt<sup>826</sup> und das Verhältnis zwischen den Kommunen und den freigemeinnützigen Trägern keinen übergeordneten Strukturen und Vorgaben folgte. Insbesondere das in der Sozialpolitik anderer Länder wie etwa Deutschland<sup>827</sup> zentrale Subsidiaritätsprinzip spielte in Großbritannien nur eine geringe Rolle.<sup>828</sup> Als Konsequenz zog sich der gemeinnützige Sektor auf eine die staatlichen sozialen Dienste lediglich ergänzende Rolle zurück. In bestimmten Nischen leistete er allerdings nicht selten Vorarbeit für Aufgaben, die später dann erneut vom Staat übernommen wurden. Dies war ursprünglich auch bei der stationären Pflege der Fall.<sup>829</sup>

Erst als sich das Wachstum der von den Kommunen betriebenen Pflegeeinrichtungen in den 1970er Jahren abschwächte, nahm die Bedeutung des gemeinnützigen Sektors in diesem Bereich wieder zu. Auch die Einführung von Marktmechanismen im Rahmen der *community care* Reformen<sup>830</sup> zu Beginn der 90er Jahre bescherte den gemeinnützigen Trägern einen gewissen Zuwachs in absoluten Zahlen.<sup>831</sup> Allerdings blieb dieser in der stationären Langzeitpflege weit hinter dem Wachstum privater, gewinnorientierter Unternehmen zurück und spiegelte sich deshalb nicht in einem signifikanten Zugewinn von Marktanteilen wider.<sup>832</sup> Bezogen auf seine Größe liegt der gemeinnützige Sektor insgesamt nach wie vor unter dem europäischen Durchschnitt, und insbesondere der relativ geringe Anteil, zu dem soziale Dienste im Vereinigten Königreich von gemeinnützigen Trägern erbracht werden, stellt noch immer einen der signifikantesten Unterschiede zu anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union dar.<sup>833</sup>

---

824 *Lang & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 96.

825 *Kendall*, The Voluntary Sector, S. 159 f.

826 Zur Entwicklung des britischen Wohlfahrtsstaates nach dem Zweiten Weltkrieg ausführlich *Gudat*, Pflegebedürftigkeit in Großbritannien, S. 61 ff.

827 Vgl. etwa *Anheier/Seibel*, The nonprofit sector in Germany, S. 54, 72.

828 *Kendall*, The Voluntary Sector, S.40.

829 *Kendall*, The Voluntary Sector, S. 162.

830 Dazu ausführlich unten, S. 189 ff.

831 Vgl. *Kendall*, The Voluntary Sector, S. 4 f., 26 f.; s. auch *Lang & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 25, Table 2.2.

832 *Kendall*, The Voluntary Sector, S. 27, 160, 164.

833 *Kendall*, The Voluntary Sector, S. 31.

Mit ca. 78 % aller Pflegeplätze in *residential* oder *nursing care homes* stellen privat-kommerzielle Betreiber den bei weitem größten Anteil der stationären Pflegekapazitäten.<sup>834</sup> Unter dieser Gruppe von Trägern finden sich sowohl Großunternehmen mit einer Vielzahl von Heimen wie etwa die *BUPA Care Homes Ltd.* oder *Barchester Healthcare Ltd.* als auch Kleinunternehmen, die oftmals nur ein einziges, vom Eigentümer selbst geführtes Heim betreiben. Der privat-kommerzielle Sektor konnte seine Position vor allem durch einen rasanten Ausbau von *nursing care*-Kapazitäten in den 1980er Jahren festigen. Dies lag zum einen an einem starken Abbau von Langzeit-Betten in den Krankenhäusern des Nationalen Gesundheitsdienstes,<sup>835</sup> der von ambulanten, „community-based“ Pflegeangeboten nicht aufgefangen werden konnte,<sup>836</sup> und zum anderen daran, daß Bewohner von *residential* und *nursing homes* umfangreiche Sozialleistungen in Form erhöhter Sozialhilfeleistungen (*supplementary benefit* bzw. später *income support*)<sup>837</sup> zur Finanzierung des Unterkunfts- und Verpflegungsanteils an den Gebühren privat betriebener Heime erhielten. Diese hingen – jedenfalls soweit keine erhöhten Leistungen wegen sehr großer Pflegebedürftigkeit beansprucht wurden – nicht von einer formellen Feststellung der Pflegebedürftigkeit ab, konnten nur für den Bezug stationärer Dienste in Anspruch genommen werden und waren zudem deutlich höher als die Leistungen, die im Falle des Verbleibens in der eigenen Wohnung für den Pflegebedarf bezogen werden konnten. Damit bewirkten diese Sozialhilfeleistungen massive Fehlanreize in Richtung der stationären Unterbringung in privat betriebenen Pflegeheimen<sup>838</sup> und widersprachen dem politischen Ziel, stärker auf ambulante *community care* Dienste zu setzen.<sup>839</sup> Mitunter wurden sogar kommunal betriebene Heime privatisiert, um den Bewohnern den Bezug von *supplementary benefits* zu ermöglichen und die den Kommunen für die stationäre Unterbringung entstehenden Kosten zu verringern.<sup>840</sup>

Auch als im April 1993 mit der Einführung des NHSCCA 1990 sämtliche zentral-staatlich (mit-)finanzierten stationären Pflegeleistungen außerhalb des NHS in die Zuständigkeit der Kommunen übergingen und nunmehr von einer vorherigen Pflegebedürftigkeitsprüfung abhängig gemacht wurden, kam es nicht zu dem erwarteten Rückgang privat-kommerzieller Pflegekapazitäten. Der private Sektor profitierte vielmehr

834 Vgl. *Lang & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 25, Table 2.2 (bezogen auf das Vereinigte Königreich).

835 Vgl. *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 234 ff.

836 Vgl. *Audit Commission*, Making a Reality of Community Care, S. 19, Table 9.

837 Dazu auch unten, S. 149.

838 Auf diese „perverse effects of social security policies“ wies 1986 erstmals offiziell der Bericht der *Audit Commission*, Making a Reality of Community Care, S. 43 ff., hin, in Folge dessen es zu den *Community Care*-Reformen des Jahres 1993 kam. Die staatlichen Ausgaben für die Unterbringung in privaten Heimen waren in der Zeit zwischen 1979 und 1993 von 10 Mio. £ auf 2,5 Mrd. £ angestiegen, s. *Clements*, Community Care, S. 6; vgl. auch *Hudson/Henwood*, Policy & Politics vol. 30 (2002), S. 155 f.; *Winfield* u.a., Paying for Care, S. 7 f.; *Bamford*, Commissioning and purchasing, S. 4 f.; *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 235.

839 Zu diesem Ziel etwa das White Paper *Department of Health*, Caring for People, Rn. 1.11.

840 *Audit Commission*, Making a Reality of Community Care, S. 45.

von einer anhaltenden Schließungswelle staatlich betriebener Heime sowie von der Tatsache, daß der NHSCCA 1990 Marktmechanismen in der *community care* einführt und den Kommunen die Aufgabe zuwies, als Einkäufer sozialer Dienste die erforderlichen Kapazitäten für die Erfüllung ihrer sozialer Aufgaben entweder von eigenen Heimen oder aber von privaten Einrichtungsträgern zu erwerben. Der zum Ausgleich der hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von 1993 bis 1999 gewährte *Special Transition Grant* mußte, wie bereits erwähnt, zu 85 % auf nicht öffentliche Träger verwendet werden. Dies stärkte die Position privat-kommerzieller Einrichtungen zusätzlich.

### III. Jüngere Entwicklungstendenzen

Insgesamt setzte ab 1998 ein leichter Rückgang der Gesamtbettenzahl sowohl in den *residential* als auch in den *nursing care homes* ein.<sup>841</sup> Als Grund werden gestiegene Personalkosten wegen der Einführung des *National Minimum Wage Act 1998*<sup>842</sup>, der Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Union von 1993<sup>843</sup> durch die *Working Time Regulations 1998*<sup>844</sup> und einer verringerten Verfügbarkeit von Pflegepersonal vermutet, denen auf der anderen Seite eine restriktive Gebührenpolitik der Kommunen gegenüberstand.<sup>845</sup> Eine große Rolle dürften auch die Kosten für bauliche Anpassungsmaßnahmen gespielt haben, die erforderlich wurden, um die im Zusammenhang mit dem CSA 2000 eingeführten *National Minimum Standards*<sup>846</sup> zu erfüllen.<sup>847</sup> Erst 2007 kam es – vermutlich aufgrund eines durch die demographische Entwicklung bedingten Nachfrageanstiegs – wieder zu einem moderaten Zuwachs an Pflegekapazitäten.<sup>848</sup>

Neben der Marktkonsolidierung ist auch eine langsame Konzentration der Betreiber festzustellen: war der Zuwachs an privat betriebenen Heimen in den 1980er Jahren vor allem durch die Gründung einer Vielzahl kleinerer Betriebe gekennzeichnet,<sup>849</sup> so sind seit einigen Jahren nun auch größere Unternehmen mit mehreren Einrichtungen am

---

841 Vgl. Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 25 Table 2.2.

842 1998 chapter 39. Bei Einführung des gesetzlichen Mindestlohns hatten 59 % der *care assistants* einen Lohn unterhalb des Mindestlohnes, s. Kendall/Knapp, The State of Residential Care Supply, S. 16; vgl. auch Player/Pollock, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 250.

843 RL 93/104/EG vom 23. November 1993 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl. L 307, S. 18, später geändert durch die RL 2000/34/EG vom 22. Juni 2000 zur Änderung der Richtlinie 93/104/EG des Rates über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung hinsichtlich der Sektoren und Tätigkeitsbereiche, die von jener Richtlinie ausgeschlossen sind, ABl. L 195, S. 41, und schließlich ersetzt durch die derzeit in Kraft befindliche RL 2003/88/EG vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl. L 299, S. 9.

844 S.I. 1998 No. 1833.

845 Vgl. Netten, Understanding Public Services, S. 23; ausführlich zu den Gründen und Auswirkungen der Heimschließungen s. Netten/Williams/Darton, Ageing and Society, vol. 25 (2005), S. 319 ff.

846 Ausführlich zu den verschiedenen *National Minimum Standards* oben, S. 229 ff.

847 Darton, Health and Social Care in the Community, vol. 12 (2004), S. 254.

848 Laing & Buisson, UK Market Survey 2007, S. 24 und S. 25, Table 2.2.

849 Knapp/Hardy/Forder, Commissioning for Quality, JSP 30 (2001), S. 292.