

nigreich 2007 über £ 11 Mrd.⁸⁵⁸ Auf England entfallen dabei in etwa 84 % der Betten des gesamten Vereinigten Königreichs,⁸⁵⁹ so daß der Wert hier zwischen £ 9 Mrd und £ 10 Mrd. liegen dürfte.

62 % der Ausgaben der englischen Regierung für ältere Personen dienen der Finanzierung von Pflege in Heimen.⁸⁶⁰ Die wöchentlichen Gebühren für einen Platz in einem englischen, privat betriebenen Pflegeheim beliefen sich 2007/08 auf durchschnittlich £ 449 bei *residential care homes* und £ 648 bei *nursing care homes*.⁸⁶¹ Die im konkreten Fall zu zahlenden Gebühren weisen allerdings eine hohe Variationsbreite auf. Sie hängen etwa von der geographischen Lage des Heimes, von der Nähe zu vergleichbaren Einrichtungen, von der Art des Betreibers, der Größe des Unternehmens und schließlich von Art und Umfang der Pflege ab. Für eine intensive pflegerische Betreuung wie einer 24-stündigen *nursing-care* fielen – bezogen auf das Jahr 1998 – beispielsweise wöchentliche Kosten zwischen £ 750 und £ 975 an,⁸⁶² mittlerweile dürften sie angesichts der Tatsache, daß sich das Gebührenniveau in diesem Zeitraum annähernd verdoppelt hat,⁸⁶³ auf über £ 1.500 gestiegen sein. Die niedrigsten Durchschnittsgebühren sind in den in öffentlicher Trägerschaft stehenden Heimen zu finden, was primär daran liegt, daß es sich bei diesen überwiegend um *residential care homes* handelt. Etwas überraschend ist, daß im Durchschnitt am teuersten nicht die Heimplätze der kommerziellen Anbieter, sondern die der freigemeinnützigen Träger sind.⁸⁶⁴ Den größten Kostenfaktor für die Heimgebühren stellen die Lohnkosten dar. Dies gilt insbesondere für die *residential care homes*, bei denen ein Anstieg der Löhne um 1 % einen Anstieg der Heimgebühren um 0,81 % bewirkt.⁸⁶⁵

Die Gewinnmargen des kommerziellen Sektors lagen bei den aggregierten Werten der neun größten Betreiber im Jahr 2002 vor Steuern bei lediglich ca. 1,5 % des Umsatzes, allerdings verbunden mit einer erheblichen Einzelfallvarianz.⁸⁶⁶

B. Staatliche Leistungen der stationären Langzeitpflege

I. Allgemeines

Im Folgenden soll das englische Sozialleistungssystem für stationäre Pflegeleistungen, das den ersten Aspekt der staatlichen Verantwortung in diesem Bereich bildet,

858 *Office of Fair Trading*, Care homes for older people, S. 1.

859 Vgl. hierzu die Übersicht in *Office of Fair Trading*, Care homes for older people, S. 38.

860 *Netten u.a.*, Understanding Public Services, S. 3.

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

862 *Player/Pollock*, Long-term care, CSP 21 (2001), S. 245.

863 Zur Entwicklung der Gebühren vgl. *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2007, S. 172, Table 8.1.

864 *Office of Fair Trading*, Care homes for older people, Annexe E, S. 26, chart 4.11.

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

866 *Laing & Buisson*, UK Market Survey 2003, S. 175.

überblicksartig dargestellt werden. Hierbei ist vor auszuschicken, daß die Systeme der sozialen Sicherung in England schon aufgrund des Fehlens einer geschriebenen Verfassung keinen – etwa mit dem in Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 S. 1 GG verankerten Sozialstaatsprinzip vergleichbaren – verfassungsrechtlichen Bezug aufweisen. Statt dessen ist die vom Staat übernommene soziale Mindestverantwortung Ausfluß ungeschriebener Wertvorstellungen, die sich schon im Mittelalter in Form des *Poor Law*⁸⁶⁷ in gesetzlich verankerten sozialen Rechten manifestierten.⁸⁶⁸ Die Mindestsicherung aller Bürger wird als Grundlage der „*social citizenship*“ verstanden,⁸⁶⁹ die die Möglichkeit eines jeden Bürgers zur gesellschaftlichen Teilhabe zum Inhalt hat. Diese diente dem englischen Wohlfahrtsstaat der Nachkriegszeit, der sich zurückgehend auf den *Beveridge Report*⁸⁷⁰ des Jahres 1942 als universalistisches Sicherungssystem entwickelte, als ideologische Basis.⁸⁷¹

Mittlerweile wurde mit dem Inkrafttreten des *Human Rights Act 1998*⁸⁷² (HRA 1998) auch die Europäische Menschenrechtskonvention⁸⁷³ (EMRK) in das nationale Recht inkorporiert. Obgleich die EMRK keine Rechte enthält, die sich spezifisch mit der sozialen Sicherheit beschäftigen, sehen die englischen Gerichte einen engen Zusammenhang zwischen der Gewährung sozialer Leistungen an Hilfebedürftige und einzelnen Rechten der EMRK.⁸⁷⁴ Auch dem HRA 1998 kommt aber freilich nur der Rang eines einfachen Gesetzes zu, der insbesondere die *Sovereignty of Parliament* unangestastet läßt,⁸⁷⁵ so daß auch der HRA 1998 für die soziale Sicherung keinen verfassungsrechtlichen Bezug begründet. Auch der englische Wohlfahrtsstaat ist daher maßgeblich auf die einfachgesetzliche Ausgestaltung unter der Parlamentsouveränität angewiesen.⁸⁷⁶

In der stationären Langzeitpflege treffen zwei verschiedene Sozialleistungssysteme aufeinander, nämlich zum einen die auf kommunaler Ebene angesiedelten sozialen Dienste und zum anderen der Nationale Gesundheitsdienst. Die entsprechenden Leistungen beider Systeme sollen im Folgenden näher dargestellt werden. Weil sich die In-

867 Dazu etwa *Nicholls*, A history of the English poor law, Bände 1 bis 3, 1967; *Rose*, The English Poor Law, 1971.

868 *Gudat*, Pflegebedürftigkeit in Großbritannien, S. 74 f.

869 Vgl. *Marshall*, Citizenship and Social Class, S. 21 ff.

870 *Beveridge*, Social Insurance and Allied Services.

871 Vgl. *Harris*, The Welfare State, S. 20 ff.

872 1998 chapter 42.

873 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten des Europarats, Abgeschlossen in Rom am 4. November 1950 in der Fassung des Protokolls Nr. 11 (BGBl. 1952 II S. 686), derzeit geltend in der Fassung der Neubekanntmachung v. 17. Mai 2002 (BGBl. II S. 1055), zuletzt geändert durch Protokoll Nr. 14 v. 13. Mai 2004 (BGBl. 2006 II S. 138), teilw. vorläufig anzuwenden gem. Bek. v. 6. Juli 2009, BGBl. II S. 823.

874 Vgl. etwa Vgl. *YL v Birmingham City Council* (2007) 10 CCLR 505, 541; zum Zusammenhang zwischen sozialen Rechten und der Einführung des HRA 1998 siehe auch *Harris*, The Welfare State, S. 31 ff.

875 Vgl. zu diesem Aspekt nur *Hamisch*, Schutz individueller Rechte, S. 282 ff.

876 Zu möglichen – auch faktischen – Beschränkungen dieser Souveränität, insb. durch die *Rule of Law* s. etwa *Hamisch*, Schutz individueller Rechte, S. 269 ff., 294 ff.

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.