

Teil VII

Rechtsstreitigkeiten im National Health Service

Inhaltsübersicht

A.	Organisation des NHS	147
I.	Entwicklung	147
II.	Gesundheitsbehörden	148
	1. NHS England	148
	2. Integrated care systems	149
	2.1. Integrated Care Boards	149
	2.2. Integrated care partnerships	149
	3. Care Quality Commission	150
	4. NHS trusts	151
	5. Local Health Boards	152
III.	Die vier Sektoren der Gesundheitsversorgung	152
IV.	NHS-Verträge	154
V.	Non-NHS-Verträge	155
	1. Verträge mit Hausärzten	155
	2. Verträge mit Augenärzten	157
	3. Verträge mit Zahnärzten	157
	4. Verträge mit Apothekern	159
	5. Verträge mit weiteren Leistungserbringern	159
B.	Rechtsstreitigkeiten	160
I.	Streitigkeiten wegen der Registrierung	160
	1. Mit der Care Quality Commission	160
	2. Mit NHS England	162
II.	Streitigkeiten vor oder nach Abschluss eines NHS contract	163
	1. Vorvertragliche Streitigkeiten	163
	2. Vertragliche Streitigkeiten	163
III.	Streitigkeiten aus einem non-NHS contract	165
	1. Informelles Vorverfahren	165
	2. Entscheidung durch Zivilgerichte	166
	3. Entscheidung durch NHS Resolution	166
	3.1 Local Dispute Resolution Procedure	167
	3.2 Entscheidung durch NHS Resolution	167
	3.3 Judicial review	168
IV.	Besonderheiten beim Rechtsschutz für Apotheker	168

V. Streitigkeiten in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung	168
VI. Streitigkeiten zwischen Patienten und ICBs	170
VII. Medizinische Behandlungsfehler	171
VIII. Haftung medizinischer Einrichtungen	172

In sozialen Streitigkeiten ist danach zu unterscheiden, ob Geld- oder Sachleistungen Streitgegenstand sind. Während Geldleistungen im „social security system“ gewährt werden, hat der staatliche Gesundheitsdienst, der „National Health Service“ (NHS), im Krankheitsfall die Sachleistungen („benefits in kind“) zu erbringen.

Die Einführung eines die gesamte Bevölkerung umfassenden staatlichen Gesundheitsdienstes war 1942 im „Beveridge Report“¹ vorgeschlagen worden. Der Vorschlag wurde in der Nachkriegszeit in England und Wales im National Health Service Act 1946² umgesetzt, in Schottland im National Health Service (Scotland) Act 1947³ und in Nordirland im Health Services Act (Northern Ireland) 1948. Der NHS war in allen vier Ländern ab 5.07.1948 das verbindliche System.

Allen Personen mit einem gewöhnlichen Aufenthalt im UK wird eine unentgeltliche ambulante medizinische Behandlung durch Vertragsärzte des NHS (die über eine Grundvergütung, Kopfpauschalen und Sondervergütungen bezahlt werden), eine stationäre Betreuung in oft vom NHS verwalteten Krankenhäusern, eine Versorgung mit Arzneimitteln sowie eine zahn- und augenärztliche Versorgung gewährleistet (Zuzahlungen bei Arzneimittelversorgung und bei zahn- und augenärztlichen Leistungen). Der NHS stellt im Wege vertraglicher Absprachen die Sachleistungen zur Verfügung. Um einen verbesserten Schutz und einen schnelleren Zugang zu Versorgungsleistungen zu erhalten, schließen viele Bürger eine zusätzliche private Krankenversicherung ab.

Es lässt sich nicht einfach nachzuvollziehen, welche Gerichte Rechtsschutz bei Streitigkeiten mit dem „National Health Service“ gewähren. Deshalb wird vorab ein Überblick über Organisation und Gesundheitseinrichtungen gegeben.

1 „Social Insurance and Allied Services“, Report by Sir William Beveridge; voller Text abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560775/pdf/10916922.pdf>; näher zum NHS: Part VI, p 158 et seq.(para 426 et seq.)

2 https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga_19460081_en.pdf; dazu u.a East (1999): 45; Wikeley/Ogus/Barendt (2005): 4 et seq.

3 https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1947/27/pdfs/ukpga_19470027_en.pdf

A. Organisation des NHS

Es bestehen getrennte Verwaltungen des NHS für England, Wales, Nordirland und Schottland. Rechtliche Grundlage bildet aktuell der National Health Service Act 2006⁴ (NHS Act 2006), der den NHS Act 1977 ersetzte. Die Regelungen werden regelmäßig durch „health and social care acts“ überarbeitet. Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf den NHS für England.

I. Entwicklung

Die Administration obliegt regionalen und lokalen Behörden. Vor 1995 bestanden „Regional Health Authorities“ (RHAs, geschaffen 1974⁵), „District Health Authorities“ (DHAs, gebildet 1982⁶), und seit 1990 Family Health Service Authorities“ (FHSAs)⁷. Eine Reorganisation durch den „Health Authorities Act 1995“⁸ beseitigte zum 1.04.1996 die drei Behörden und ersetzte sie durch „Health Authorities“ (HAs). Sie waren jeweils für verschiedene Regionen in England zuständig⁹.

2002 erfolgte eine weitere Reform durch den „National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002“¹⁰ (NHSRCP 2002). Auf regionaler Ebene erfüllten „Strategic Health Authorities“ Verwaltungs- und Leitungsaufgaben (s 1 a.a.O.). Sie leiteten u. a. auch die auf lokaler Ebene neu errichteten „primary care trusts“ (PCTs, s 2 NHSRCP 2002,); diese waren u. a. für die Gewährung der Gesundheitsleistungen „vor Ort“ zuständig.

Die nächste Reform erfolgte 2013 durch den „Health and Social Care Act 2012“¹¹. Ss 33 und 34 a.a.O. lösten die bisherigen Institutionen auf.

4 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41>

5 National Health Service Reorganisation Act 1973, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1973/32/enacted/data.pdf>

6 Health Services Act 1980, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1980/53>

7 National Health Service and Community Care Act 1990, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents>.

8 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/17/enacted/data.pdf>

9 Die Errichtung der HAs und ihre örtlichen Zuständigkeiten bestimmte „The Health Authorities (England) Establishment Order 1996“, <https://www.legislation.gov.uk/uksi/1996/624/made/data.pdf>

10 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2002/17/part/1/enacted>

11 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/data.pdf>

Gem. § 9 a.a.O. trat an die Stelle von „Strategic Health Authorities“ der „National Health Service Commissioning Board (NHS Commissioning Board)“. Auf lokaler Ebene ersetzen „clinical commissioning groups“ die PCTs (§ 10 a.a.O.).

Die zurzeit (Stand: September 2025) letzte Reform nahm der Health and Care Act 2022¹² (HCA 2022) vor. Der „NHS Commissioning Board“ wurde in „NHS England“ umbenannt (§ 1 a.a.O.). An die Stelle der „clinical commissioning groups“ traten „Integrated care boards“ (ICBs, § 18 a.a.O.)¹³.

II. Gesundheitsbehörden

Welche Einrichtungen im NHS als „health service bodies“, also als Gesundheitsbehörden, agieren, listet § 9 (4) NHS Act 2006 auf. Die folgenden Erläuterungen beschränken sich auf die Einrichtungen, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit angesprochen werden.

1. NHS England

NHS England leitet den nationalen Gesundheitsdienst in England. Es ist eine nicht-ministerielle öffentliche Einrichtung, also ein unabhängiges Organ, das vom Ministerium für Gesundheit und Soziales (Department of Health and Social Care) gefördert wird. 7 regionale Einrichtungen sind verantwortlich für Qualität und finanzielle sowie operative Leistungen aller NHS Organisationen in der jeweiligen Region¹⁴. Nähere Regelungen hierzu finden sich in den §§ 4 et seqq HCA 2022.

12 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/section/1>

13 Siehe hierzu: Integrated Care Boards (Establishment) Order 2022, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/B1770-integrated-care-boards-establishment-order-2022.pdf>; The Integrated Care Boards (Establishment) (Variation) Order 2023

14 So die Information von NHS England, abrufbar unter <https://www.england.nhs.uk/about/regional-area-teams/>

2. Integrated care systems

Um die Gesundheits- und Pflegedienste („health and care services“) zu verbessern, hat der HCA 2022 „Integrierte Versorgungssysteme“, sogen. „integrated care systems“ (ICSs) geschaffen. Sie fördern die Zusammenarbeit aller staatlichen und privaten Gesundheitsorganisationen in einem bestimmten Gebiet. Alle zurzeit bestehenden 42 ICSs sind in einem Netzwerk zusammengeschlossen, dem „ICS Network“. Die ICSs werden durch zwei Institutionen geprägt.

2.1. Integrated Care Boards

Wie oben erwähnt, lösten „Integrated Care Boards“ (ICBs) die „clinical commissioning groups“ ab. Sie bestehen ab dem 9.05.2022¹⁵. Gem. s 19 HCA 2022 (eingefügt in s 14Z25 NHSA 2006) ist der NHS England verpflichtet, für jeden Bezirk in England ein ICB zu errichten¹⁶. Näheres zur Verfassung der ICBs regelt „schedule“ 1B zum HCA 2022.

Zu den Aufgaben der ICBs gehört es, die ambulante und stationäre Versorgung der Kranken sicherzustellen (ss 21 und 22 HCA 2022). Sie finanzieren ihre Aufgaben auf der Grundlage der ihnen zugewiesenen finanziellen Mittel. Jeder ICB schließt für seinen Zuständigkeitsbereich Verträge (sogen „NHS contracts“, dazu gleich) mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, um die Versorgung mit Waren oder Dienstleistungen sicherzustellen. Des Weiteren trifft er Vereinbarungen mit den einzelnen Leistungserbringern (dazu gleich).

2.2. Integrated care partnerships

Den zweiten Pfeiler in ICSs bilden „integrated care partnerships“ (ICPs). S 26 HCA 2022 regelt Struktur, Organisation und Aufgaben dieser „integrierten Versorgungspartnerschaften“, indem er entsprechende Ände-

15 R 2 (b) of The Health and Care Act 2022 (Commencement No. 1) Regulations 2022, <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2022/515/contents/made>

16 Siehe hierzu: The Integrated Care Boards (Establishment) Order 2022, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/B1770-integrated-care-boards-establishment-order-2022.pdf>; The Integrated Care Boards (Establishment) (Variation) Order 2023, <https://www.england.nhs.uk>

rungen in den „Local Government and Public Involvement in Health Act 2007“¹⁷ (hier abgekürzt mit „LGPIHA 2007“) eingefügt hat.

Gem. s 116ZA LGPIHA 2007 bilden ICBs und lokale Behörden, die Gesundheitsleistungen erbringen und/oder soziale Betreuungsaufgaben erfüllen, im jeweiligen Bezirk ein gemeinsames Komitee bzw. einen gemeinsamen Ausschuss („a joined committee“). Diese Zusammenarbeit wird als „integrated care partnership“ (ICP) bezeichnet. Die ICPs bereiten Strategien vor, um die notwendigen Maßnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich umzusetzen (s 116ZB LGPIHA 2007).

3. Care Quality Commission

Der „Health and Social Care Act 2008“¹⁸ (HSCA 2008) hat die „Care Quality Commission“ (CQC) eingeführt. Sie besteht seit 2009 als juristische Körperschaft des öffentlichen Rechts („body corporate“, s 1 < 1 > a.a.O.). Ihre Aufgabe ist es, die Einhaltung der Qualitätsstandards im Gesundheits- und Pflegebereich zu sichern. Sie wird hier auch deshalb angesprochen, weil ihre Entscheidungen ggf. vor dem FtT angefochten werden können.

Hauptziel der CQC ist es, Gesundheit, Sicherheit und Wohlergehen von Menschen, die Gesundheits- und soziale Betreuungsdienste in Anspruch nehmen, zu schützen und zu fördern (s 3 < 1 > HSCA 2008¹⁹). S 2 a.a.O. umschreibt allgemein ihre Aufgaben. Sie ist zuständig für Anmeldungen („registration functions“), Überprüfungen und Ermittlungen („review and investigation functions“) sowie für Aufgaben, die ihr im „Gesetz betreffend geistige bzw. psychische Gesundheit 1983“²⁰ („functions under the Mental Health Act 1983“) übertragen werden.

Da sich die Aufgaben von CQC und NHS England teilweise überschneiden, müssen sie zusammenarbeiten. Grundlage bildet ein „partner-

17 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/28/contents>

18 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/14/data.pdf>

19 „The main objective of the Commission in performing its functions is to protect and promote the health, safety and welfare of people who use health and social care services.“

20 Mental Health Act 1983, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/data.pdf>

ship agreement“. Zurzeit ist noch die Vereinbarung in Kraft, die mit der Vorgängerin von NHS England geschlossen wurde²¹.

4. NHS trusts

NHS trusts wurden durch den „National Health Service and Community Care Act 1990“²² eingeführt. Sie sind eigenständige juristische Personen. S 5 (1) a.a.O. ermächtigte den zuständigen Secretary of State, sie zu errichten und ihnen die Verantwortung für das Eigentum und die Leitung von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen zu übertragen („... to assume responsibility, in accordance with this Act, for the ownership and management of hospitals or other establishments“). Die Regelungen in jenem Gesetz wurden durch entsprechende Vorschriften in den s 25 et seqq des „National Health Service Act 2006“²³ (NHS Act 2006) ersetzt. Ihre Aufgaben bestehen nun allgemein darin, Waren und Dienstleistungen für die gesundheitliche Versorgung bereitzustellen“ (s 25 < 1 >: „The Secretary of State may by order establish bodies, called National Health Service trusts („NHS trusts“), to provide goods and services for the purposes of the health service“).

Fast alle britischen Krankenhäuser werden durch NHS trusts betrieben. Die ICBs geben die erforderlichen Behandlungen und medizinischen Dienstleistungen in Auftrag und haben sie entsprechend zu vergüten. Durch diese Zahlungen finanzieren sich die NHS trusts. Sie schließen mit den ICBs über Art der Leistungserbringung und Finanzierung sogen NHS-Verträge ab (zu dieser Vertragsart unten S. 154). Eine anschauliche Darstellung findet sich im Urteil des EuGH vom 16.05.2006²⁴.

Daneben können „NHS foundation trusts“ errichtet werden (s 30 et seqq NHS Act 2006). Es handelt sich um gemeinnützige Gesellschaften, die eine größere Unabhängigkeit als NHS trusts genießen. Sie haben ebenfalls die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und können insoweit auch stationäre Einrichtungen gründen.

21 Agreement between Care Quality Commission and NHS Commissioning Board, January 2013,

22 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents/enacted>

23 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>

24 C-372/04, Rn 19 ff., Slg 2006 I-04325 (Watts)

Jeder NHS trust wird durch Beschluss errichtet. 2022 bestanden 215 trusts im UK²⁵.

5. Local Health Boards

Es handelt sich um kommunale Einrichtungen, die Gesundheitsleistungen erbringen. Näheres regeln die ss 73A et seqq NHSA 2006. Der NHS England oder die Einrichtungen, auf welche die Abschlusskompetenz delegiert wurde, schließen mit den Local Health Boards entsprechende Vereinbarungen.

III. Die vier Sektoren der Gesundheitsversorgung

In der WHO-Erklärung von Alma Ata vom 12.09.1978²⁶ zur primären Gesundheitsversorgung („primary health care“) findet sich in den Artt. VI und VII eine Definition. Danach werden in der primären Gesundheitsversorgung die erforderlichen Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Heil- und Rehabilitationsangebote bereitgestellt. Die Definition der WHO umfasst alle Bereiche, die in Deutschland als Primär- und Sekundärprävention (Krankheitsverhütung und Früherkennung, §§ 20 bis 26 SGB V), Krankenbehandlung (§§ 27 a.a.O.) und Tertiärprävention (Nachbehandlung, Rehabilitation (§ 48 a.a.O.) verstanden werden. Im NHS des UK werden vier Stufen in der gesundheitlichen Versorgung unterschieden („four levels for care“).

- Primary care

„Primary care“ sichert die medizinische Grundversorgung. Die Primärversorgungsdienste („primary care services“) sind die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem und fungieren als „Eingangstor“ des NHS. Die me-

25 Farrah. „How Many NHS Trusts Are There In The UK?“, <https://www.nurses.co.uk/blog/how-many-nhs-trusts-are-there-in-the-uk/>

26 Declaration of Alma Ata – International Conference on Primary Health Care, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>; siehe auch die deutsche Fassung, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347881/WHO-EURO-1978-3938-43697-61472-ger.pdf?sequence=1>

dizinische Grundversorgung umfasst allgemeinmedizinische, zahnärztliche und augenärztliche Dienste sowie die Versorgung durch Apotheken („Primary care services provide the first point of contact in the healthcare system, acting as the < front door > of the NHS. Primary care includes general practice, community pharmacy, dental, and optometry < eye health > services“²⁷). „Primary care“ betrifft die ambulante Behandlung („ambulance medical services“).

- Secondary care

Wenn die Erkrankung die Einschaltung eines Spezialisten erfordert, muss ein „primary care provider“ den Patienten an einen „secondary care provider“ überweisen. Die Behandlung wird gewöhnlich in einem Krankenhaus oder einer Klinik erbracht²⁸. Sie kann stationär („inpatient medical treatment“) oder ambulant („outpatient medical treatment“) erfolgen.

- Tertiary care

Tertiärversorgung sichert eine hochspezialisierte Behandlung. Sie erfolgt in Fachzentren bzw. spezialisierten Einrichtungen, die u. a. über eine entsprechende technische Ausrüstung verfügen. Beispielhaft lassen sich Bypass-Operationen, plastische Operationen, Behandlung schwerer Verbrennungen, Dialyse, Neurochirurgie und andere komplexe Behandlungen nennen („Tertiary care is healthcare provided in specialist centres. Tertiary care requires highly specialised and specific equipment and expertise. Procedures that patients receive in tertiary care include coronary artery bypass surgery, plastic surgeries, severe burn treatments, dialysis, neurosurgeries, and other complex treatments.“²⁹).

27 So die Information des NHS England in: „Primary care services“, <https://www.england.nhs.uk/get-involved/get-involved/how/primarycare/>

28 So z.B Ross: What is the difference between Primary, Secondary and Tertiary Care? 21 October 2021, <https://www.mcghhealthcare.co.uk/news/what-is-the-difference-between-primary-secondary-and-tertiary-care/bp212/>

29 So z.B Ross: What is the difference between Primary, Secondary and Tertiary Care? 21 October 2021, <https://www.mcghhealthcare.co.uk/news/what-is-the-difference-between-primary-secondary-and-tertiary-care/bp212/>

- Quaternary care

Diese Versorgung erweitert „tertiary care“. Mit diesem Gesundheitsdienst werden ungewöhnliche, sehr spezialisierte Leistungen erbracht. Typischerweise ist nur eine sehr begrenzte Anzahl von nationalen und internationalen Zentren hierfür verfügbar („Quaternary services are an extension of tertiary care. However, it's very specialised and very uncommon and typically offered in only very limited national centres and international centres.“³⁰).

IV. NHS-Verträge

Den „NHS-Vertrag“ („NHS contract“) definiert s 9 (1) NHS Act 2006 wie folgt: „... an NHS contract is an arrangement under which one health service body („the commissioner“) arranges for the provision to it by another health service body („the provider“) of goods or services which it reasonably requires for the purposes of its functions“³¹.

Solche Verträge können grundsätzlich nur zwischen „health service bodies“ abgeschlossen werden. Welche Einrichtung ein „health service body“ ist, bestimmt s 9 (4) NHS Act 2006. Hierzu gehören u. a. NHS England, ICBs, CQC, NHS trusts und local health boards (siehe hierzu oben Ziff. II.). Damit die ICBs solche Verträge abschließen können, muss der NHS England seine Verhandlung- und Abschlusskompetenz in Anwendung des s 65Z5 NHS Act 2006 auf sie delegiert haben. Die Delegation erfolgt in „delegation-agreements“³².

S 11 NHS Act 2006 erweitert den Anwendungsbereich. Verträge mit Augenärzten und Apotheken gelten als NHS-Verträge.

NHS-Verträge sind dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Kennzeichnend ist, dass sie keine Rechte und Pflichten begründen (s 9 < 5 > NHS Act 2006).

30 EBD: What are Levels of Care? A Simple Guide, 3 October 2022, <https://www.economicsbydesign.com/levels-of-care/>

31 ein „NHS contract ist eine Vereinbarung, in der eine Gesundheitsbehörde (der Auftraggeber) die Versorgung mit Waren oder Dienstleistungen, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt, durch eine andere Gesundheitsbehörde (den Anbieter)) arrangiert“

32 Vgl. z. B. die am 5.01.2023 veröffentlichte Vereinbarung, <https://www.england.nhs.uk/commissioning/publication/delegation-of-primary-medical-dental-ophthalmic-and-pharmaceutical-functions/#heading-1>

2006³³). Insoweit unterscheiden sie sich von öffentlich-rechtlichen Verträgen im deutschen Verständnis. Rechte und Pflichten bestimmen sich nach den Einzelverträgen, die mit den Leistungserbringern geschlossen werden.

V. Non-NHS-Verträge

Aus der Definition der NHS-Verträge folgt, dass „non-NHS-Verträge“ („non-NHS contracts“) alle Verträge sind, bei denen ein Vertragspartner kein „health service body“ ist und in denen Rechte und Pflichten begründet werden. Dies trifft grundsätzlich, also von Ausnahmen abgesehen, auf Verträge zu, die ein ICB mit „primary care providers“ schließt. Ferner sind „non-NHS contracts“ alle vertraglichen Vereinbarungen über Leistungen, die zusätzlich zur Grundversorgung erbracht werden.

Non-NHS-Verträge sind privatrechtliche Verträge. Sie begründen privatrechtliche Rechte, die grundsätzlich nur vor den Zivilgerichten geltend gemacht werden können³⁴, es sei denn sie gelten – wie oben angesprochen – kraft Gesetzes als NHS-Verträge. Darüber hinaus sehen einschlägige Verordnungen sowie Verträge vor, dass Leistungserbringer sich für eine solche Gleichstellung oder sich zumindest für eine Anwendung von Verfahrensvorschriften entscheiden können, die bei Streitigkeiten aus NHS-Verträge zur Anwendung kommen (dazu S. 165).

Es würde zu weit führen, den Inhalt der verschiedenen Verträge im Einzelnen darzustellen. Wegen des gerichtlichen Rechtsschutzes, der bei Streit zwischen den Vertragsparteien gewährt wird, werden sie und die rechtlichen Rahmenbedingungen lediglich aufgelistet.

1. Verträge mit Hausärzten

Verträge über „general medical services“ (GMS) werden zwischen ICBS und general practioners (GP = Allgemeinärzte, die als Hausärzte tätig

33 „... an NHS contract ... must not be regarded for any purpose as giving rise to contractual rights or liabilities“

34 Court of Appeal (Civil Division), judgement of 3 December 2024, para 9 and 45, case No: 2022/002300 (Shishikanth); die Entscheidung erging zu einem „general medical service contract“.

werden) geschlossen (s 83 NHA 2006). Dadurch werden die „core medical services“ gesichert, also die medizinische Kern- bzw. Grund- bzw. Primärversorgung. Dafür werden vorgegebene Vertragsformulare benutzt, und zwar

- Standard general medical services contract

Zurzeit (Stand September 2025) ist der „Standard General Medical Services Contract“ anzuwenden, der im August 2024 veröffentlicht wurde³⁵ (im Folgenden abgekürzt mit „Standard GMS“ contract“). Den gesetzlichen Rahmen bilden die ss 83 et seqq NHA 2006 und die „National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2015“³⁶.

- Standard personal medical services agreement

Auch mit diesem Vertrag soll die Grundversorgung gesichert werden. Dabei werden spezielle Erfordernisse der Region mitberücksichtigt, so dass man von „personal medical services“ (PMS) spricht. Aktuell (Stand September 2025) ist das Formular „Standard Personal Medical Services Agreement“ vom August 2024 anzuwenden³⁷. Den gesetzlichen Rahmen bilden die ss „83 et seqq NHA 2006 und die National Health Service (Personal Medical Services Agreements) Regulations 2015“³⁸.

- Standard alternative provider medical services agreement

Dieser Vertragstyp ermöglicht eine größere Flexibilität als die beiden anderen Verträge. Verträge über „alternative provider medical services“ (APMS) können mit Anbietern geschlossen werden, die keine „general practitioners“ sind (z. B. private Gesellschaften oder „third care Providers“). APMS-Verträge können auch dafür genutzt werden, Gesundheitsleistungen zu gewähren, die nicht zum Kernbereich der Allgemeinmedizin gehören. So können Verträge mit sozialen Unternehmungen ge-

35 <https://www.england.nhs.uk/publication/standard-general-medical-services-contract-24-25/>

36 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/1862/contents>

37 <https://www.england.nhs.uk/publication/standard-personal-medical-services-agreement-23-24/>

38 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/1879/contents>

geschlossen werden, die eine Gesundheitsversorgung für Obdachlose oder Asylbewerber erbringen³⁹. Zurzeit (Stand September 2025) ist der „Standard Alternative Provider Medical Services Contract“ anzuwenden, der am 21.08.2025 veröffentlicht wurde⁴⁰. Den rechtlichen Rahmen bilden „The Alternative Provider Medical Services Directions 2022“⁴¹.

2. Verträge mit Augenärzten

Den rechtlichen Rahmen bilden „The General Ophthalmic Services Contracts Regulations 2008“⁴² (kurz: GOS regulations). Um die augenärztlichen Dienstleistungen sicherzustellen, schließen ICBs (die GOS regulations gehen noch von PCTs aus) mit Augenärzten („ophthalmic performers“) einen Vertrag, der als „General Ophthalmic Service Contract“ (GOS contract) bezeichnet wird (s 4 < 1 > GOS regulations). Zurzeit (Stand September 2025) ist der „General ophthalmic mandatory services model contract“ in der im Januar 2024 aktualisierten Fassung anzuwenden⁴³.

3. Verträge mit Zahnärzten

Um die zahnärztlich Versorgung („General Dental Services“, GDS) sicherzustellen, schließen die ICBs mit den Zahnärzten ihrer Region einen Vertrag, in dem das Leistungsspektrum, Bedingungen, Rechte und Pflichten festgelegt werden. Dafür werden Vertragsformulare benutzt, und zwar

39 Wickens/Baird: „GP funding and contracts explained“, 7 April 2025, Stichwort APMs contract, <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/gp-funding-and-contracts-explained>

40 <https://www.england.nhs.uk/publication/standard-personal-medical-services-pms-agreement/>

41 <https://www.gov.uk/government/publications/alternative-provider-medical-services-apms-directions>

42 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2008/1185/contents/made>

43 NHS: „Model contracts and contract variations: general ophthalmic services“, <https://www.england.nhs.uk/publication/model-contracts-and-contract-variations-general-ophthalmic-services/>

- Standard general dental services contract

Aktuell (Stand September 2025) ist der „Standard General Dental Services Contract“ von 2006 in der aktualisierten Fassung von Mai 2025 anzuwenden⁴⁴. Den gesetzlichen Rahmen bilden die ss 83 et seq NHA 2006 und die „National Health Service (General Dental Services Contracts) Regulations 2005“⁴⁵.

- Personal Dental Services contract

Verträge über „personal dental services“ (PDS) werden mit Zahnärzten abgeschlossen, um spezielle Primärdienste wie Sedierung, Kieferorthopädie oder Hausbesuche abzudecken. Sie können auch obligatorische zahnärztliche Leistungen umfassen („PDS contracts cover specialist primary services such as sedation, orthodontics or home visits but can also include mandatory dental services“⁴⁶. Den gesetzlichen Rahmen bilden „The National Health Service (Personal Dental Services Agreements) Regulations 2005“⁴⁷.

- PDS Plus

PDS Plus ist ein neuer Vertragstyp, der den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung erleichtern soll. Er hat das Abrechnungswesen durch Einführung von Schlüsselindikatoren vereinfacht („The main differences to the contract are that they include Key Performance Indicators (KPIs) and that there’s a newer payment mechanism“⁴⁸).

44 <https://www.england.nhs.uk/publication/model-contracts-and-contract-variations-dental-services/>

45 <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2005/3361/contents>

46 Baird/Chikwira: „What is NHS dentistry?“, <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/dentistry-england-explained>

47 The National Health Service (Personal Dental Services Agreements) Regulations 2005, <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2005/3373/contents>

48 NHS Business Services Authority (NHSBSA): „What are the different types of NHS dental contracts?“, <https://faq.nhsbsa.nhs.uk/knowledgebase/article/KA-01910/en-us>

4. Verträge mit Apothekern

In den Jahren 2022/2023 stellten 1.414 lokale Apotheken in England die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneien sicher („local pharmaceutical services“)⁴⁹. Um in den NHS einbezogen zu werden, müssen sie ihre Einbeziehung beantragen und hierfür ein Vertragsformular benutzen („Contract Form of Agreement“⁵⁰). Den vertraglichen Rahmen gibt eine Vereinbarung zwischen der Regierung, NHS und dem „Pharmaceutical Services Negotiating Committee“ vor⁵¹.

5. Verträge mit weiteren Leistungserbringern

Die vorstehend genannten Verträge betreffen die Primärversorgung. ICBs können Verträge, sogen. „NHS standard contracts“, auch mit Dienstleistern in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung schließen⁵², also z. B. mit „secondary care providers“. Welche Auswahlkriterien hierbei zu beachten sind, bestimmen „The Health Care Services (Provider Selection Regime) Regulations 2023“⁵³. Für einen Vertragsabschluss in England sind die von NHS England herausgegeben Vertragsformulare zu verwenden. Dabei kann eine Lang- oder Kurzform genutzt werden („full length, shorter-form“). In bestimmten Fällen ist die Verwendung der „shorter-form version“ ausgeschlossen⁵⁴. Zurzeit (September 2025) sind folgende

49 NHSBSA: „General Pharmaceutical Services in England 2015/16–2022/23“, published 12 October 2023, <https://www.nhsbsa.nhs.uk/statistical-collections/general-pharmaceutical-services-england/general-pharmaceutical-services-england-201516-202223>

50 <https://www.hse.ie/eng/staff/pcrs/community-pharmacy-contractor-agreement/>

51 The Community Pharmacy Contractual Framework for 2019/20 to 2023/24: supporting delivery for the NHS Long Term Plan, <https://www.gov.uk/government/publications/community-pharmacy-contractual-framework-2019-to-2024>

52 „The NHS Standard Contract is published by NHS England, and its use is mandated for use by Integrated Care Boards (ICBs) and NHS England for all their clinical service contracts, with the exception of those for primary care services“ (so para 1.1 of the „NHS Standard Contract 2024/25 – Technical guidance“, <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-standard-contract-2024-25-technical-guidance/>)

53 <https://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2023/9780348252613/contents>

54 para 9 of the „NHS Standard Contract 2024/25 – Technical guidance“, <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-standard-contract-2024-25-technical-guidance/>

Vertragstypen zu nennen, wobei sich die Zitierungen auf Langfassungen beschränken⁵⁵:

- NHS Standard Contract 2024/25 - General Conditions (full length)
- NHS Standard Contract 2024/25 - Service Conditions (full length)
- NHS Standard Contract 2024/25 - Particulars (full length)

B. Rechtsstreitigkeiten

Streitigkeiten können bei Vertragsverhandlungen, wegen der Registrierung oder Vertragsausführung entstehen.

I. Streitigkeiten wegen der Registrierung

Wer im NHS Gesundheitsleistungen oder soziale Betreuungsleistungen („health and social care services“⁵⁶) anbieten und erbringen will, muss als Leistungserbringer/in („service provider“) registriert sein. Es sind zwei Anträge zu stellen.

1. Mit der Care Quality Commission

Leistungserbringer müssen sich beim CQC registrieren lassen. Die Anträge sind schriftlich zu stellen (ss 10 und 11 HCSA 2008). Die Registrierung schafft die Voraussetzung dafür, dass die Kommission mit ihren Überprüfungen und Ermittlungen („review and investigation functions“) sicherstellen kann, dass Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäusern in einer Weise geführt werden, die den vorgeschriebenen Standards entsprechen. Der HCA 2022 (s 163, eingefügt in s 46A HCSA 2008) übertrug ihr ab 1.04.2023⁵⁷ auch die Kontrolle über kommunale Behörden, soweit diese Aufgaben der „adult social care“⁵⁸ erfüllen.

55 <https://www.england.nhs.uk/publication/full-length-nhs-standard-contract-2024-25-particulars-service-conditions-general-conditions/>

56 Zur Definition: s 9 HSCA 2008

57 R 2 of The Health and Care Act 2022 (Commencement No. 4) Regulations 2023; <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2023/371/regulation/2/made>

58 Die soziale Betreuung/Pflege Erwachsener (Personen ab 18. Lebensjahr) umfasst ein breites Spektrum von Aktivitäten. Sie soll es älteren, behinderten oder körperlich

Registrieren lassen muss sich jeder, der „regulated activities“ ausführt. Welche Tätigkeiten hierunter fallen wird gesetzlich definiert (vgl. s 8 HSCA 2008 und schedule 1 of „The Health and Social Care Act 2008 < Regulated Activities > Regulations 2014“⁵⁹). Betroffen sind alle ärztlichen Berufsgruppen, die Gesundheitsleistungen in einer Praxis erbringen, aber auch alle Krankenhäuser und Kliniken, unabhängig davon, ob sie unter der Verwaltung von NHS Trusts stehen oder es sich um private Krankenhäuser oder Kliniken handelt. Auch kommunale Behörden, die Aufgaben der „adult social care“ erfüllen, müssen sich registrieren lassen.

Ausgenommen sind Einrichtungen, die unter den „Care Standards Act 2000“⁶⁰ fallen (Kinderheime, stationäre Familienzentren, Pflegestellen, freiwillige Adoptionsagenturen oder Adoptionsunterstützungsstellen⁶¹). In diesen Fällen ist „Her/His Majesty“s Chief Inspector of Education, Children’s Services and Skills“ zuständig (s 5 a.a.O.).

Die CQC kann eine Eintragung uneingeschränkt oder unter besonderen Bedingungen vornehmen. Sie kann eine Registrierung verweigern, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (dazu s 12 HSCA 2008 und ss 4 et seqq of the „Health and Social Care Act 2008 < Regulated Activities > Regulations 2014“⁶²). Die Registrierung kann unter den Voraussetzungen zurückgenommen werden, die in s 17 HSCA 2008 aufgelistet sind. Ferner kann die Registrierung vorübergehend suspendiert werden (dazu s 18 a.a.O.).

Bevor in solchen Fällen eine endgültige Entscheidung getroffen wird, muss die CQC der/dem Betroffenen in einer schriftlichen Mitteilung („notice of proposal“) die Gründe mitteilen, warum eine Registrierung nur unter Bedingungen erfolgen, ganz verweigert, suspendiert oder zurückgenommen werden soll (s 26 a.a.O.). Hierzu kann die/der Betroffene innerhalb von 28 Tagen Stellung nehmen (s 27 a.a.O.). Die abschließende

oder geistig kranken Menschen ermöglichen, selbständig und sicher zu leben („Adult social care covers a wide range of activities that help people who are older or living with disability or physical or mental illness to live independently and stay well and safe“, so u. a. die Definition des Department of Health & Social Care in: „Adult social care system reform: impact statement“ (no 1.1), published February 2022; <https://assets.publishing.service.gov.uk>

59 <https://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2014/9780111117613/contents>

60 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2000/14/data.pdf>

61 „children’s homes, residential family centres, fostering agencies or, voluntary adoption agencies adoption support agencies“

62 <https://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2014/9780111117613/data.pdf>

Entscheidung des CQC kann vor dem FtT angefochten werden (s 32 a.a.O.). Zuständig ist die „Health, Education and Social Care Chamber“ (dazu S. 255).

2. Mit NHS England

S 10 (1), (2) und (3) HSCA 2008 ermächtigt den zuständigen Minister, in Verordnungen („regulations“) weitere Regelungen zur Registrierung zu treffen. Das ist in „The National Health Service (Performers Lists) (England) Regulations 2013“⁶³ (hier abgekürzt mit „PLReg 2013“) geschehen.

Die Leistungserbringer müssen eine Registrierung nicht nur beim CQC, sondern auch beim NHS England beantragen. Sie werden in speziellen Listen eingetragen. Ärzte werden in der „medical performers list“, Zahnärzte in der „dental performers list“ und Augenärzte in der „ophthalmic performers list“ registriert. Gem. rr 3 and 4 PLReg 2013 muss die Eintragung schriftlich beim NHS England beantragt werden. Der NHS England kann die Eintragung aus Gründen verweigern, die in r 7 a.a.O. aufgelistet werden („grounds for refusal“). Eine ablehnende Entscheidung kann der/die Betroffene vor dem FtT anfechten. (r 17 a.a.O.).

In einschlägigen Verordnungen zu den jeweiligen Leistungserbringern finden sich noch speziellere Regelungen. Beispielfhaft werden die „National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2015“⁶⁴ genannt, im Folgenden abgekürzt mit GMSContractsReg 2015. Auch in diesen Anordnungen ist vorgesehen, dass dem/der Betroffenen im Fall einer Ablehnung schriftlich mitgeteilt werden muss, aus welchen Gründen eine Eintragung verweigert wird. Diese Entscheidung kann wiederum vor dem FtT angefochten werden (ss 7 et seq GMSContractsReg 2015).

Der/die eingetragene Dienstleister/in kann aus der Liste gestrichen werden („removal from a performers list“), wenn einer der in s 14 PLReg 2013 genannten Gründe vorliegt. Neben den generellen Gründen werden spezielle Gründe für die einzelnen Gruppen benannt (vgl. ss 27 und 28 PLReg 2013 für Entscheidungen zur „medical performers list“, 34 und 35 a.a.O. zur „dental performers list“ und ss 40 und 41 a.a.O. zur „ophthalmic performers list“).

63 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/335/data.pdf>

64 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/1862/contents>

Ist der/die Betroffene mit der Entscheidung nicht einverstanden, sieht s 16 PLReg 2013 in den dort genannten Fällen zunächst ein nochmalige Überprüfung beim NHS England vor. Gegen ablehnende Entscheidungen kann Klage beim FtT erhoben werden (s 17 a.a.O.). Zuständig ist die „Health, Education and Social Care Chamber“ (dazu S. 255). Beispielfhaft wird auf das Urteil des FtT vom 16.06.2019⁶⁵ verwiesen.

Für Apotheken gelten zum Teil vergleichbare Grund-, jedoch auch abweichende Spezialregeln. Auf die Wiedergabe der Einzelheiten wird verzichtet und allgemein auf die „National Health Service (Pharmaceutical and Local Pharmaceutical Services) Regulations 2013“⁶⁶ verwiesen.

II. Streitigkeiten vor oder nach Abschluss eines NHS contract

Die Streitigkeiten können während der Vertragsverhandlungen entstehen oder aus abgeschlossenen Verträgen resultieren.

1. Vorvertragliche Streitigkeiten

Können sich die Parteien bei den Verhandlungen über Vertragsbedingungen nicht einigen, können sie die Sache dem Secretary of State vorlegen, also dem Minister des Department of Health and Social Care. Er bzw. die von ihm ernannte Person bzw. Einrichtung („the adjudicator“) entscheidet, ob und ggf. welche Bedingung angemessen ist (s 9 < 7 >, < 8 >, < 9 >, < 10 > and < 12 >NHSa 2006).

2. Vertragliche Streitigkeiten

Für Streitigkeiten aus einem NHS-Vertrag bestimmt s 9 (6) NHSa 2006, dass die Streitfrage dem Secretary of State vorgelegt werden kann.

1995 wurde der „National Health Service Litigation Authority“ (NHSa) geschaffen⁶⁷. Ihr übertrug der Secretary of State die Durchfüh-

65 [https://phl.decisions.tribunals.gov.uk/Documents/\(FTT\)%20Decision%2018%20June%202019%20-%20\[2018\]%203516.PHL.pdf](https://phl.decisions.tribunals.gov.uk/Documents/(FTT)%20Decision%2018%20June%202019%20-%20[2018]%203516.PHL.pdf)

66 <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2013/349/data.pdf>

67 „The National Health Service Litigation Authority (Establishment and Constitution) Order 1995, <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/1995/2800/made>

rung der Verfahren, die vorvertragliche oder vertragliche Streitigkeiten betreffen. Seit 2017 wird üblicherweise der Arbeitsname („operating name“) „NHS Resolution“ verwandt⁶⁸, obwohl sie offiziell weiterhin als „NHS Litigation Authority“ bezeichnet wird⁶⁹. Einzelheiten zu NHS Resolution werden im „Department of Health and Social Care NHS Resolution Framework Agreement 2021“ (published January 2021) festgelegt. Innerhalb der NHS Resolution nimmt eine spezielle Abteilung, der „Primary Care Appeals service“, die Aufgaben wahr⁷⁰. Er entscheidet das Verfahren als „adjudicator“.

Wie das Verfahren, der „NHS dispute resolution process“, abläuft, bestimmt ein Streitbeilegungsverfahren („NHS dispute resolution procedure“). S 9 NHSA 2006 enthält keine näheren Vorgaben zum Verfahren. Einen Überblick gibt NHS England in einem Leitfaden, dem „Guidance note for parties involved in dispute resolution“⁷¹; er bezieht sich zwar auf Streitigkeiten aus non-NHS-Verträgen, enthält aber zugleich allgemeine Hinweise zum Verfahren vor NHS Resolution (siehe hierzu paras. 9 ff. a.a.O.).

Das Verfahren wird grundsätzlich schriftlich durchgeführt. Allerdings kann eine mündliche Verhandlung („oral hearing“) angeordnet werden, in der auch Zeugen gehört werden können. Die Entscheidung des „adjudicators“ bindet die Parteien (s 82 < 2 > < b > of the National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2015⁷²), im Folgenden abgekürzt mit GMSContractsReg 2015). Sie kann daher nur mit einem „judicial review“ angefochten werden, wenn die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind (dazu S. 108 ff.).

68 NHS Litigation Authority rebranded NHS Resolution ahead of upcoming reform, <https://www.nationalhealthexecutive.com/News/nhs-litigation-authority-rebranded-nhs-resolution-ahead-of-upcoming-reform/165944>

69 Vgl. z.B. das Rubrum in Court of Appeal, Judgement of 3/12/2024, Case No: CA/2022/002300 (Shashikanth)

70 Siehe das Rubrum im Urteil des Court of Appeal (Civil Division) vom 25. 11. 2020, Case No: C1/2019/2976

71 <https://resolution.nhs.uk/resources/primary-care-appeals-dispute-resolution-guidance/>

72 <https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2015/1862/contents>

III. Streitigkeiten aus einem non-NHS contract

Rechtlich bestimmt der Secretary of State das Verfahren durch Verordnungen. Einschlägig sind solche, die jeweils den rechtlichen Rahmen für die Verträge zwischen ICB und Leistungserbringer bilden (non-NHS-Verträge). Die Regelungen zum Rechtsschutz sind in fast allen Verordnungen und Verträgen vergleichbar, und zwar sowohl für Streitigkeiten in der Primärversorgung („primary care service“, dazu oben S. 155 ff.) als auch in weiteren Bereichen (dazu S. 159). Deshalb werden beispielhaft nur die Regelungen für die medizinischen Grundversorgungsdienste („general medical services“) vorgestellt. Insoweit sind die GMSContractsReg 2015 heranzuziehen. Ferner bestimmen einschlägige Vorschriften im „Standard GMS Contract“, der im August 2024 veröffentlicht wurde⁷³, das Verfahren. Der Vertrag wird im Folgenden mit „Standard GMS Contract“ abgekürzt.

1. Informelles Vorverfahren

Grundsätzlich müssen ICB und Leistungserbringer zunächst versuchen, den Konflikt in Gesprächen bzw. Verhandlungen zu lösen, bevor ein formelles Verfahren nach der NHS Dispute Resolution Procedure oder vor Zivilgerichten eingeleitet wird (r 81 < 1 > GMSContractsReg 2015). Hierauf wird auch im „Standard GMS Contract“ (clause 25.1.1 a.a.O.) hingewiesen. Mit Blick auf den gesamten möglichen Verfahrensablauf spricht man auch von „Phase 1“ („stage 1“⁷⁴).

Gelingt das nicht, kann der Rechtsstreit entweder in einem zivilgerichtlichen oder öffentlich-rechtlichen Verfahren fortgesetzt werden.

73 <https://www.england.nhs.uk/publication/standard-general-medical-services-contract-24-25/>

74 So in den Informationen, herausgegeben von ICB Hertfordshire and West Essex in: „Primary Care Local Dispute Resolution Procedure“, https://www.hertsandwestessex.ics.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/HWE_ICB_Primary_Care_Local_Dispute_Resolution_Procedure_v2.1.pdf

2. Entscheidung durch Zivilgerichte

Während NHS-Verträge dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind, handelt es sich bei den oben genannten non-NHS-Verträgen um privatrechtliche Vereinbarungen (siehe hierzu S. 154). Soweit gesetzlich oder vertraglich nichts anderes geregelt ist, muss der Rechtsweg zu den Zivilgerichten beschritten werden.

3. Entscheidung durch NHS Resolution

Trotz des privatrechtlichen Charakters muss der Rechtsweg zu den Zivilgerichten bei Streitigkeiten aus einem non-NHS-Vertrag in drei Fällen nicht beschritten werden:

- Gesetzlich angeordnete Gleichstellung

Wie oben dargelegt (S. 154), erweitert s 11 NHA 2006 den Anwendungsbereich. Verträge mit Augenärzten und Apotheken gelten als NHS-Verträge

- Gewählte Stellung als „health service body“

Ein Leistungserbringer, der einen Vertrag abschließen will, kann ICB schriftlich mitteilen, dass er als „health service body“ i.S. von s 9 NHA 2006 behandelt werden möchte (rr 10 and 82 < 1 > < a > GMSContractsReg 2015).

- Entscheidung für ein Verfahren vor NHS Resolution

Für die Partei eines non-NHS-Vertrages besteht noch eine weitere Möglichkeit, den öffentlich-rechtlichen Weg zu beschreiten. Auch wenn sie nicht als „health service body“ gelten will, kann sie sich zur Lösung des Streites für ein Verfahren nach der „NHS dispute resolution procedure“ entscheiden. Wünscht NHS England ein solches Verfahren, muss der Leistungserbringer schriftlich zustimmen (r 82 < 1 > < b > a.a.O.).

In diesen drei Fällen ist das gleiche Verfahren wie bei einem Streit aus einem NHS-Vertrag einzuhalten.

3.1 Local Dispute Resolution Procedure

Wurde der Rechtsstreit im informellen Vorverfahren nicht beigelegt, kann das formelle Verfahren eingeleitet werden. Der nächste Schritt wird als „formal local dispute process“ bezeichnet. Bevor der Rechtsstreit NHS Resolution zur Entscheidung vorgelegt wird, muss versucht werden, auf lokaler Ebene („stage 2“) eine Einigung zu erzielen. Die weiteren Erläuterungen wurden wiederum den Informationen von ICB Hertfordshire and West Essex entnommen⁷⁵.

Alle Vertragsparteien können eine „Formal Local Dispute Resolution“ schriftlich beantragen. In diesem Fall muss der ICB ein „Local Dispute Resolution Panel“ (LDRP) einberufen, dem verschiedene Vertreter des ICB angehören. Wie das Verfahren durchzuführen ist, bestimmt die „Local Dispute Resolution Procedure“. Das LDRP muss die Parteien anhören, bevor es eine Entscheidung fällt. Es können Zeugen gehört werden.

3.2 Entscheidung durch NHS Resolution

Die Entscheidung des LDRP kann angefochten werden, und zwar mit dem in s 9 (6) NHA 2006 vorgesehenen Rechtsbehelf. Die Partei, die mit der Entscheidung nicht einverstanden ist, kann das Verfahren beim Secretary of State einleiten (s 83 < 1 > < a > a.a.O.). Wie das Verfahren abläuft, bestimmt die „NHS dispute resolution procedure“. Einen Überblick gibt NHS in einem Leitfaden, der „Guidance note for parties involved in dispute resolution“⁷⁶. Die endgültige Entscheidung trifft der vom Secretary of State ernannte „adjudicator“. Dessen Aufgaben nimmt die „National Health Service Litigation Authority“ wahr, vereinfacht als „NHS Resolution“ bezeichnet, und innerhalb dieser Einrichtung der „Primary Care Appeals service“ (dazu S. 164). Ein „appeal“ gegen dessen Entscheidung ist nicht vorgesehen.

75 „Primary Care Local Dispute Resolution Procedure“, https://www.hertsandwestessex.ics.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/HWE_ICB_Primary_Care_Local_Dispute_Resolution_Procedure_v2.1.pdf

76 <https://resolution.nhs.uk/resources/primary-care-appeals-dispute-resolution-guidance/>

3.3 Judicial review

Damit stellt sich die Frage, ob ein „judicial review“ (JR, dazu S. 108 ff) gegen die Entscheidung des „adjudicator“ statthaft ist. Das Problem resultiert daraus, dass ein JR nur gegen Maßnahmen und Entscheidungen genutzt werden, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind; die betroffene Einrichtung muss öffentlich-rechtliche Funktionen ausüben⁷⁷ (siehe dazu auch S. 113). Non-NHS-Verträge sind privatrechtliche Vereinbarungen. Hieraus hat der High Court of Justice (Administrative Court) im Urteil vom 11. 10. 2022⁷⁸ gefolgert, dass ein JR gegen eine Entscheidung des NHS Resolution nicht statthaft sei. Dieser Auffassung ist der Court of Appeal (Civil Division) im Berufungsurteil vom 3. 12. 2024⁷⁹ nicht gefolgt. Er entschied, dass der JR statthaft sei, weil die Entscheidung durch den „adjudicator“ in einem öffentlich-rechtlichen Verfahren ergangen sei.

IV. Besonderheiten beim Rechtsschutz für Apotheker

Apotheker können Entscheidungen eines ICB ebenfalls beim Secretary of State anfechten. Näheres hierzu wird in „schedule 3“ PLReg 2013 geregelt. Innerhalb des Ministeriums entscheidet ein „Pharmacy Appeals Committee“. Die Entscheidungen sind endgültig. Sie können nur mit einem „judicial review“ angefochten werden, wenn die Voraussetzungen gegeben sind (dazu S. 108 ff.).

V. Streitigkeiten in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung

ICBs können Verträge, sogen. „NHS standard contracts“, auch mit Dienstleistern in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung schließen, also z. B. mit „secondary care providers“ (siehe oben S. 159). Rechtsstreitigkeiten zwischen einem ICB und solchen Leistungserbringern werden in einem besonderen Verfahren entschieden. Wie das Verfahren abläuft, ist vertraglich geregelt, und zwar in „NHS Standard Contract 2024/25 -

77 Court of Appeal, judgement of 3/12/2024, Case No: CA/2022/002300, para 43 et seq (Shashikanth)

78 Judgement of 11/10/ 2022, Case No: CO/3299/2021, paras 144 et seqqq (Shashikanth)

79 Judgement of 3/12/2024, Case No: CA/2022/002300, paras 47 et seqq (Shashikanth)

General Conditions (full length)⁸⁰. Die einzelnen Vertragsvorschriften werden mit „GC“ und arabischen Ziffern benannt. Im Folgenden sind Regelungen ohne weitere Bezeichnung solche des NHS standard contract.

Die GC14ff. regeln das Streitbeilegungsverfahren („dispute resolution“). Im Streitfall müssen die Parteien zunächst versuchen, den Streit durch Verhandlungen zu beizulegen. In den ersten 10 Arbeitstagen („operating days“) müssen sie sich durch einen erfahrenen Mitarbeiter mit Vorgesetztenfunktion („senior person“) vertreten lassen, der keinen direkten Bezug zur Streitsache hat. Gelingt keine Einigung, führt während weiterer 5 Tage ihr Vorstandsvorsitzender („chief executive“), der Direktor oder ein Mitglied ihres Verwaltungsorgans, das Abschlussvollmacht hat, die Verhandlungen (GC14.2).

Gelingt nach 15 Arbeitstagen keine Lösung auf dem Verhandlungswege, muss nach weiteren 5 Tagen versucht werden, den Streit in einem Mediationsverfahren beizulegen (GC14.4ff.).

Misslingt die Mediation, kann das Verfahren mit einem Experten fortgesetzt werden. Eine der Parteien muss die anderen davon in Kenntnis setzen, dass das Verfahren durch einen Experten entschieden werden soll. Seine Ernennung erfolgt entweder nach Einigung der Parteien auf die Person, die als Experte den Streit entscheiden soll, oder, nachdem ein Partei dies beantragt hat, durch CEDR⁸¹ (GC14.9).

Nach Ernennung des Experten muss die Partei, die das Verfahren angeregt hat, innerhalb von 5 Arbeitstagen dem Experten eine Darstellung des Falles zukommen lassen. Die andere Partei muss nach Erhalt der Darstellung innerhalb von 5 Arbeitstagen Stellung nehmen (GC14.10f.). Der Experte muss innerhalb von 30 Arbeitstagen seine Entscheidung treffen; sie ist schriftlich zu begründen (GC 14.12). Die Entscheidung ist grundsätzlich bindend. Sie ist nur anfechtbar bei Betrug, heimlichen Absprachen, Voreingenommenheit, offensichtlichen Irrtümern oder wesentlichen Verstößen gegen Anweisungen durch den Experten. In solchen Fällen kann eine Partei das Zivilgericht anrufen mit dem Antrag, dass der Experte seine Entscheidung nochmals überprüft oder diese aufgehoben wird (GC14.17).

80 <https://www.england.nhs.uk/publication/full-length-nhs-standard-contract-2024-25-particulars-service-conditions-general-conditions/>

81 Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR), <https://www.gamblingcommission.gov.uk/licensees-and-businesses/guide/page/centre-for-effective-dispute-resolution-cedr>

Wenn sich eine Partei nicht an die bindende Entscheidung des Experten hält, kann die andere Partei die Vollstreckung bei Gericht beantragen (GC14.18).

VI. Streitigkeiten zwischen Patienten und ICBs

Verweigert ein ICB die begehrte Sachleistung, kann die betroffene Person versuchen, ihren Anspruch auf dem Rechtsweg durchzusetzen. Die historische Entwicklung kann hier im Einzelnen nicht aufgezeigt werden⁸². Sie wird nur skizziert.

Der „National Health Service Act 1946“⁸³ hatte verschiedene Tribunals geschaffen. Änderungen erfolgten durch den „National Health Service Reorganisation Act 1973“⁸⁴ und den „National Health Service and Community Care Act 1990“⁸⁵. 1995 wurden die „Family Health Services Appeal Authority“ (FHSAA) errichtet. Bei ihr waren die Beschwerden, insbesondere gegen Entscheidungen der PCTs (dazu S. 147), einzulegen. Sie fungierte insoweit wie ein Tribunal. Bis 2001 sahen Verfahrensregeln vor, dass gegen Entscheidungen Rechtbehelfe beim zuständigen Minister eingelegt werden konnten⁸⁶. Seit 2001 ist ein „complaint“ or „appeal“ to the Secretary of State“ in den Verfahrensregeln, die für die FHSAA galten, nicht mehr vorgesehen. Dem zuständigen Minister war lediglich eine Kopie der Entscheidung zu übersenden⁸⁷. Da ein gesetzlicher Rechtsbehelf nicht vorgesehen war, war die Verwaltungsentscheidung endgültig, konnte aber evtl. im Rahmen eines „judicial review“ überprüft werden⁸⁸.

Mit Inkrafttreten des TCEA 2007 wurden die Funktionen der FHSAA dem FtT übertragen (s 2 < 1 > < e > of the Transfer of Tribunal Functi-

82 Vgl. hierzu Garner's (2005): 419 ff.

83 https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga_19460081_en.pdf

84 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1973/32/enacted>

85 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents>

86 ss 3, 9 und 10 of the National Health Service (Service Committees and Tribunal Regulations 1992, <https://www.legislation.gov.uk/uksi/1992/664/made/data.pdf>

87 S 47 of the Family Health Services Appeal Authority (Procedure) Rules 2001, <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2001/3750/made>

88 Siehe hierzu auch den Sachverhalt im Urteil des EuGH vom 16.05.2006, C-372/04, Rn 27 und 32., Slg 2006 I-04325 (Watts); anders als in der deutschen Urteilsfassung wird in der englischen Fassung ausdrücklich angemerkt, dass die Klägerin die Zulassung des JR beantragt hatte.

ons Order 2010⁸⁹). Zuständig ist die „Health, Education and Social Care Chamber“ (s 1 < 3 > of the Tribunal Procedure < First-tier Tribunal > < Health, Education and Social Care Chamber > Rules 2008⁹⁰, Stichwort: „health service case“).

VII. Medizinische Behandlungsfehler

Wie im deutschen Arzthaftungsrecht sieht auch das englische Recht Schadensersatzansprüche bei ärztlichen Behandlungsfehlern vor. Die Ansprüchen leiten sich aus schuldhafter Vertragsverletzung her. Da es sich um zivilrechtliche Schadensersatzansprüche handelt, ist die Zuständigkeit der Zivilgerichte gegeben. Erstinstanzlich ist der High Court of Justice zuständig.

Nach englischem Recht ist der Schadenersatzanspruch begründet, wenn vier Voraussetzungen erfüllt sind.

Erste Voraussetzung („breach of medical care duty“)

Ob die Pflicht verletzt wurde, beurteilen englische Gericht nach dem sogenannten „Bolam test“, 1957 hatte der High Court of Justice entschieden, dass keine Pflichtverletzung vorliege, wenn die Behandlung in einer Weise erfolgt sei, die von Ärzten des gleichen Fachgebietes als angemessen angesehen werde⁹¹. An dieser Definition haben die Zivilgerichte bis heute festgehalten⁹².

Zweite Voraussetzung („negligence“)

Der Arzt oder die Ärztin müssen schuldhaft gehandelt haben, also zumindest fahrlässig („negligent“).

89 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2010/22/made/data.pdf>

90 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2008/2699/data.pdf>

91 Justice Mc Nair in *Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 582: „A doctor is not guilty of negligence if he has acted in accordance with a practice accepted as proper by a responsible body of other medical professionals with expertise in that particular area.“

92 Supreme Court, judgement of 12/07/2023, Case No [2023] UKSC 26 (*MacCulloch and others*), para 1

Dritte Voraussetzung (causation)

Die Pflichtverletzung muss ursächlich für einen Gesundheitsschaden sein. Anders als das deutsche Recht erfordert das englische Recht die Feststellung der Ursächlichkeit keinen Vollbeweis. Das Gericht kann vom Vorliegen ausgehen, wenn es zu der Überzeugung gelangt, dass es überwiegend wahrscheinlich ist, dass die behauptete oder zu ermittelnde Tatsache, hier die Ursächlichkeit, bestanden hat. Das Beweismaß wird als „the preponderance of probability“ (Überwiegen der Wahrscheinlichkeit) oder – noch verbreiteter – als „the balance of probability“ (Wahrscheinlichkeitsbilanz) bezeichnet (dazu S. 210 f.).

Vierte Voraussetzung (injury/harm)

Durch die Pflichtverletzung muss ein Gesundheitsschaden verursacht worden sein.

VIII. Haftung medizinischer Einrichtungen

Medizinische Einrichtungen (Kliniken, Krankenhäuser) haften für schuldhaftes Fehlverhalten ihrer Mitarbeiter, wobei zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Personal nicht unterschieden wird⁹³. Da Krankenhäuser in England in der Regel vom NHS trusts errichtet und verwaltet werden (dazu oben S. 151), haften sie.

⁹³ Supreme Court, judgement of 10/10/2018, Case No [2018] UKSC 50 (Darnley), para 17