

Verfahren und Rechtsschutz im Vertragspartnerbereich in Deutschland – Überblick und Vertragsarztbereich bzw. Kassenarztbereich – Kurzfassung

Der Beitrag ist durch das Thema bereits im Groben gegliedert: Dargestellt werden soll der „Vertragspartnerbereich in Deutschland“ – Näheres dazu unter B.; weiterhin sollen die dabei zu beobachtenden „Verfahren“ geschildert (im Nachfolgenden unter C.) und der „Rechtsschutz“ in diesem Bereich erläutert werden (dazu nachfolgend unter D.). Und zu diesen Gesichtspunkten soll ein Überblick gegeben und über den Vertragsarztbereich (Kassenärzte) eingehender berichtet werden.

A. Einleitung

I. Strukturmerkmale der Leistungserbringung

Die Ursache für die Existenz des Vertragspartnerbereichs und damit zusammenhängender Probleme liegt in der Konstruktion der sog. Leistungserbringung im Sozialverwaltungsrecht, insbesondere auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, das in Deutschland vor allem im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt ist.

1. Naturalleistungsprinzip („Sachleistungsprinzip“)

Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Prinzip keine Krankenkostenversicherung. Mit einigen Ausnahmen schuldet die Versicherung Leistungen „in natura“ (umfasst Dienst- und Sachleistungen und wird als „Sachleistungsprinzip“ bezeichnet).

2. Organisation der Erfüllung der Ansprüche der Versicherten/des Vollzuges der Leistungen

Für die Verwaltungseinrichtungen, die gesetzlich verpflichtet sind, bestimmte Leistungen zu erbringen, stellt sich die Frage, in welcher Weise die Erfüllung der entsprechenden Ansprüche organisiert werden soll. Dabei kommen zwei Modelle in Betracht:

Entweder schaffen diese Verwaltungseinrichtungen in ihrem eigenen Bereich Organisationseinheiten, mit denen die Erfüllung dieser Ansprüche gleichsam „eigenhändig“ erledigt wird. Dafür muss man z.B. eigenes Personal einstellen sowie Gebäude herstellen lassen und diese mit nützlichem Inventar versehen.

Oder aber werden der Vollzug der Aufgaben bzw. die Erfüllung der Ansprüche aus dem eigenen Verwaltungsbereich ausgelagert und von Personen oder Institutionen – man könnte von „Dritten“ sprechen – erledigt werden, im Auftrag und sinnvollerweise auch unter Kontrolle

der Verwaltungsträger; diese bleiben letzten Endes für die Erfüllung der Ansprüche des Bürgers und damit auch für die Art und Weise der Erledigung dieser an „Dritte“ übertragenen Vollzugshandlungen verantwortlich. Diese „Dritten“ sind dann die „Leistungserbringer“.

Im deutschen Sozialverwaltungsrecht – und auch im Bereich der gegliederten Sozialversicherung (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Pflegeversicherung) – werden beide Modelle verwendet.

Die Gesetzeslage ist allerdings insoweit unterschiedlich, als z.B. die Krankenkassen als „Leistungsträger“ im Bereich des SGB V die entsprechenden Ansprüche der Mitglieder dieser Versicherungen grundsätzlich nicht durch eigene Einrichtungen und eigenes Personal erfüllen dürfen; diese Rechtslage ist das Ergebnis einer langen Entwicklung, die bis in die Gründerjahre der gesetzlichen Krankenversicherung zurückreicht.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Rentenversicherung sieht das anders aus; dort sind die Träger befugt, eigene Einrichtungen zum Vollzug ihrer Aufgaben (also zur Erfüllung der sozialrechtlichen Ansprüche) zu schaffen und zu unterhalten.

II. Gleiche Erscheinungen in anderen Bereichen des Verwaltungsrechts

Diese im Recht angelegten Gestaltungsmöglichkeiten finden sich im Übrigen auch in anderen Bereichen des Verwaltungsrechts. Stets stellt sich die Frage, ob die dafür zuständigen Behörden bei der Erledigung dieser typisch öffentlich-rechtlichen Aufgaben es bei der Tradition belassen, sich eigenen Personals und eigener Einrichtungen zu bedienen – oder diesbezüglich ein „Outsourcing“ zu betreiben, was man auch als „Organisations-Privatisierung“ bezeichnen kann.

Die Sozialverwaltung – und vor allem die gesetzliche Krankenversicherung – praktiziert dieses Modell seit langem, allerdings nicht unter einer der genannten Bezeichnungen.

III. „Outsourcing“ und „Dritte“ – Partner der Verwaltung

Wählt man dieses zuletzt genannte Modell (Organisations-Privatisierung) oder ist man von Gesetzes wegen verpflichtet, sich „Dritter“ bei der Erledigung der zugewiesenen Aufgaben zu bedienen, dann kann man diese „Dritten“ auch als Partner der Verwaltung bezeichnen; und wenn diese Beziehung zwischen Verwaltung und den dritten Leistungserbringern auf vertraglicher Basis beruht, dann gelangt man zu den „Vertragspartnern“ der Verwaltung.

1. Fragen und Probleme

Und es stellen sich typischerweise stets die gleichen Fragen:

Werden diese Beziehungen, von beiden Partnern her betrachtet, freiwillig begründet oder aufgrund gesetzlicher Anweisungen; liegt also Vertragsautonomie im Sinn von Vertragsabschlussfreiheit vor? Weiterhin – in welchem Maß hat der Gesetzgeber den Inhalt derartiger Vereinbarungen bereits vorprogrammiert, also eine an sich denkbare Vertragsautonomie im Sinne von Vertrags-Inhaltsfreiheit bereits eingeschränkt?

Und vor allem auch: Handelt es sich bei diesen Rechtsbeziehungen um solche des Privatrechts, und zwar insgesamt, also hinsichtlich sämtlicher dabei auftretenden Fragen, oder nur zu einem Teil?

2. Problemlösungen

Die folgenden Überlegungen befassen sich primär mit dem Verhältnis der Krankenkassen zu einer Gruppe unter den „Dritten“, nämlich den Ärzten, die für die Krankenkassen und deren Mitglieder tätig werden. Diese Beziehungen werden dem Leistungserbringungsrecht zugerechnet; dieses ist Teil des Krankenversicherungsrechts und im SGB V in einem besonderen Kapitel – dem 4. Kapitel mit den §§ 69 – 140h SGB V – normiert.

B. Die Vertragspartner im Bereich des Kassenarztrechts (nach dem SGB V)

Ein paar Bemerkungen zu diesen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den ärztlichen Leistungserbringern sind notwendig im Hinblick auf das vertragsrechtliche Geflecht, das hier interessieren soll.

I. Krankenkassen und „ihre“ Vertragsärzte bzw. Kassenärzte

Auch die Rolle der Ärzte und ihre Rechtsstellung als Partner der Krankenkassen ist im SGB[°]V und dort in den Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts geregelt. Diese Vorschriften haben eine Geschichte. Am Beginn standen individuell vereinbarte Verträge. Die einzelnen Ärzte standen dabei der jungen Nachfragemacht der Kassen gegenüber.

Im Dritten Reich sind dann jene Ärzte, die für die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen arbeiteten (früher Kassenärzte; heutige Vertragsärzte), zu eigenständigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften zusammengefasst worden. Das sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KÄV; KZV). Diese Rechtslage besteht so noch heute.

II. Kassenärztliche Vereinigungen zusätzlich zu Ärztekammern

1. Vom Arzt zum „Vertragsarzt“ bzw. Kassenarzt

Der Zugang der Ärzte zur Behandlung der Kassenpatienten ist freiwillig. Diese daran anknüpfende Mitgliedschaft der Kassenärzte bzw. Vertragsärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung ist allerdings verpflichtend. Die Kassenärztlichen (und Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen sind auf Landesebene organisiert und als Körperschaften des Öffentlichen Rechts verfasst. Auf Bundesebene besteht die Kassenärztliche (und Kassenzahnärztliche) Bundesvereinigung; beide sind Körperschaften des Öffentlichen Rechts.

2. Ärztekammern

Die Mitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung besteht zusätzlich zur (Zwangs-)Mitgliedschaft in der (jeweiligen Landes-)Ärztekammer; diese Mitgliedschaft (in einer Ärztekammer) ist für jeden Arzt verpflichtend (und somit unabhängig davon, für wen und in welchem Status der Arzt arbeitet). Diese Ärztekammern sind berufsrechtlich begründete

Körperschaften mit entsprechenden berufsrechtlichen arztbezogenen Aufgaben und Befugnissen; ihre Legitimation kommt aus der bestehenden und verfassungsrechtlich begründeten landesrechtlichen Zuständigkeit der (Bundes-)Länder für das Arztrecht.

III. Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.

1. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Die den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einzelnen übertragenen Aufgaben finden sich im SGB V an verschiedenen Stellen. Besondere Bedeutung haben diese Organisationen insoweit, als sie mit den Krankenkassen Vereinbarungen für die Leistungserbringung treffen und verbindliche Vorgaben festlegen im Hinblick auf den Umfang der Kassenleistungen, die Art der Leistungserbringung, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Verzahnung mit stationären Leistungen.

Nicht zuletzt soll in diesem Rahmen auch die Honorierung ärztlicher Leistungen gemeinsam und einvernehmlich festgelegt werden. V.a. diese Aufgabe führt in der Wahrnehmung mancher Ärzte zu der Ansicht, dass es sich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (auch) um öffentlich-rechtlich verfasste Gewerkschaften mit entsprechenden Zielsetzungen handelt.

Rechtstechnisch werden diese gemeinsamen Festlegungen durch Verträge oder durch Beschlüsse gemeinsamer Gremien bewirkt. Zusammenfassend spricht man insoweit von der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

IV. Besonderheiten im Leistungserbringungsrecht und den Beziehungen zwischen den Vertragspartnern

1. Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung

Die Trennung der ärztlichen Versorgung in einen ambulanten Bereich, in dem die Kassen- bzw. Vertragsärzte meist in Einzelpraxen tätig sind und in einen stationären Bereich, in dem die Leistungserbringung durch Krankenhäuser geschieht, ist in Deutschland traditionell gesetzlich verankert. Diese Versorgungsstruktur führt zu entsprechend differenzierten Rechtsbeziehungen und Partnerschaften mit jeweils spezifischen Problemen.

2. Tradition: Behandlungsmonopol in der ambulanten Versorgung

a) Sicherstellung der Versorgung.

Hier ist auf eine Besonderheit des deutschen Krankenversicherungsrechts im Bereich der Leistungserbringung hinzuweisen, nämlich auf die vom Gesetz traditionell so bezeichnete „Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ im Zusammenwirken von Krankenkassen und (insbesondere) Ärzten. Das ist eine etwas verschämte Umschreibung des Behandlungsmonopols der Kassenärzte.

Damit ist die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Nicht-Kassenärzte und auf Kosten der Krankenkassen grundsätzlich nicht vorgesehen.

b) Kostenerstattung

Ausnahmen sind auf die im Gesetz genannten Fälle beschränkt, in denen anstelle der Naturalleistung eine Kostenerstattung stattfindet: Die Versicherten können grundsätzlich anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.

Weiterhin findet Kostenerstattung statt für selbstbeschaffte Leistungen, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Schließlich besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland.

c) Sicherstellung durch Krankenkassen bei „Ärztestreik“

Wenn eine überwiegende Anzahl von Vertragsärzten auf ihre Zulassung verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung schlicht verweigert, sieht das Gesetz den „Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen“ vor. In diesem Fall schließen die Kassen Einzel- oder Gruppenverträge mit anderen Leistungserbringern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen, wobei diese Verträge unterschiedlichen Inhalt haben können; auch die Höhe der Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte ist dann nicht von vornherein festgelegt.

3. Gesetzlich vorgesehene Optionen und Tendenzen

Die traditionelle Trennung in ambulante und stationäre Versorgung wird seit Jahrzehnten kritisch, zumindest teilweise, als überflüssige doppelte Versorgungsstruktur bewertet. Nach Vereinigung der BRD und der DDR sind deren Polikliniken „plattgemacht“ worden.

Abgesehen davon sind einige Strukturveränderungen im deutschen Krankenversicherungsrecht angedacht: die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Bereich, verschiedene Formen der Kooperation von Kassenärzten miteinander oder mit anderen Leistungserbringern.

Zukunftsweisend dürfte vor allem die Versorgung durch „Medizinische Versorgungszentren“ sein.

4. Kollektivverträge und Selektivverträge

a) Kollektivverträge

Die Krankenkassen handeln bei Normsetzungs- oder Normativverträgen für ihre Mitglieder, also die gesetzlich Versicherten, die Modalitäten der Erfüllung der gesetzlichen Ansprüche aus, wobei eine Mitwirkung nach dem Modell der Selbstverwaltung vorgesehen ist.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die in ihrem Aufbau und der Struktur ihrer internen Willensbildung ebenfalls nach Selbstverwaltungsgrundsätzen organisiert sind, handeln ebenfalls verbindlich für ihre Mitglieder, also für ihre Kassenärzte bzw. Vertragsärzte.

b) Selektivverträge

Nach dem Modell des Selektivvertrages werden Vereinbarungen zur Versorgung der Versicherten (und damit zur Erfüllung deren Ansprüche) zumeist mit einzelnen Ärzten oder bestimmten Arztgruppen getroffen.

c) Unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten

Somit bestehen Rechtsbeziehungen grundsätzlich nicht zwischen einzelnen Ärzten und bestimmten Krankenkassen.

V. Organisation der Krankenkassen

1. Die deutsche Krankenkassenlandschaft

Die Kassenlandschaft in Deutschland ist hinsichtlich ihrer Organisation in zweifacher Weise bunt: Es gibt verschiedene „Arten der Krankenkassen“ und Krankenkassen können regional unterschiedlich zuständig sein, also in ihrer Tätigkeit auf ein (Bundes-)Land oder mehrere Länder beschränkt sein oder bundesweit operieren.

2. Wahlrecht und Wettbewerb

Alle Krankenkassen sind in jeder Hinsicht gleichberechtigt und gleichwertig; die Versicherten haben ein nahezu uneingeschränktes Wahlrecht hinsichtlich ihrer Mitgliedschaft zu der einen oder anderen Kasse.

3. Organisation der Vertragspartnerschaft auf Landes- und Bundesebene

Die Vertragspartnerschaften finden sowohl auf der Ebene der (Bundes-)Länder als auch auf der Bundesebene statt. Institutionen auf der Seite der Leistungserbringer sind in Form der Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen (und Kassenzahnärztlichen) Bundesvereinigung vorhanden. Auf der Seite der Krankenkassen stehen diesen Organisationen die Landesverbände der verschiedenen Kassenarten und deren Bundesverbände gegenüber. Außerdem gibt es noch den von den Krankenkassen gebildeten „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“, der Aufgaben der Bundesverbände und der Spitzenverbände der Krankenkassen wahrnimmt.

VI. Die „Gemeinsame Selbstverwaltung“

Sowohl die Krankenkassen als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind „rechtsfähige Körperschaften des Öffentlichen Rechts“, jeweils nach dem Modell der Selbstverwaltung organisiert.

1. Verträge

Verträge sind für die vertragsärztliche Versorgung nach wie vor ein zentrales Steuerungsinstrument. Die Bezeichnung als „Vertragspartnerschaft“ ist durchaus zutreffend.

2. Entscheidungen in gemeinsamen Gremien

Für sämtliche Fragen der Versorgung nach dem SGB V sind Gremien vorgesehen, in denen Kassen und Leistungserbringer gemeinsam Entscheidungen zu treffen haben, mit denen die gesetzlichen Vorgaben konkretisiert werden. Dieses Zusammenwirken betrifft also sowohl den Umfang der Leistungen, die Art und Weise der Erfüllung der im Gesetz in abstrakter Weise vorgesehenen Ansprüche, die Strukturen der Leistungserbringung und nicht zuletzt auch die Fragen der Honorierung der ärztlichen sowie der Bezahlung der sonstigen Leistungen.

a) Zusammenarbeit in Ausschüssen

Das wohl bedeutendste Gremium dieser Art ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die praktisch wichtigsten Vorgaben für die ärztliche Versorgung und konkretisieren mit allgemeiner Verbindlichkeit die gesetzlichen Maßstäbe.

In der Bundesebene befinden sich weiterhin „Bewertungsausschüsse“, daneben Landesausschüsse. Die Entscheidung über die Teilnahme eines Arztes an der kassenärztlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung ist „Zulassungsausschüssen“ und „Berufungsausschüssen“ auf Landesebene übertragen. Schließlich wird auch die Feinjustierung der vertragsärztlichen Vergütung auf Landesebene vorgenommen, dies allerdings durch diesbezügliche Verträge.

b) Gemeinsame Überwachung durch Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

Der Vollständigkeit halber ist auch auf die Überwachung der Vertragsärzte im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung hinzuweisen, die ebenfalls grundsätzlich gemeinsam veranstaltet wird.

c) Zusammenarbeit im Schiedswesen

In Fällen, in denen die gesetzlich vorgesehen Einigung nicht zustande kommt, soll zunächst ein Schiedswesen zu Entscheidungen führen.

VII. Insbesondere: Die Verträge in der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Der Inhalt dieser Bundesmantelverträge ist Bestandteil von sog. „Gesamtverträgen“ – diese werden auf Landesebene geschlossen.

In dem „Gesamtvertrag“ wird z.B. die Höhe der Gesamtvergütung vereinbart, die von der Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gezahlt wird und mit der die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen abgegolten wird.

Im „Bundesmantelvertrag“ werden einheitliche Bewertungsmaßstäbe und bundeseinheitliche Orientierungswerte vereinbart; dies sind maßgebliche Vorgaben für die Berechnung der ärztlichen Honorare.

C. Verfahren im Vertragspartnerbereich bzw. Vertragsarztrecht („Kassenarztrecht“)

I. Regelungen zum Sozialverwaltungsverfahren

Bemerkungen zum Verfahren beziehen sich primär auf die Art des Zusammenwirkens der Vertragsparteien mit dem Ziel, eine Vereinbarung herzustellen. Das Vertragsverfahren wird durch entsprechende Vorschriften geregelt – für Verträge nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) sind diese Bestimmungen im SGB X 1. Buch enthalten.

II. Regelungen zum öffentlich-rechtlichen Vertrag

Das SGB X enthält des Weiteren einige allgemeine Bestimmungen zum öffentlich-rechtlichen Vertrag, vor allem zu dessen grundsätzlicher Zulässigkeit und denkbaren Fehlerquellen. Diese wenigen Vorschriften werden ergänzt durch die sonstigen vertragsbezogenen Regelungen des gesamten SGB.

III. Bedeutung der gesetzlichen Vorgaben des SGB V im Hinblick auf Verträge

Wie das Vertragsverfahren abzulaufen hat, was im Einzelnen Gegenstand der Verhandlungen ist, hinsichtlich welcher Tatsachen ein hinreichender Beweis erbracht werden muss, dies alles liegt nicht im Belieben der Partner. Vielmehr sind auch hierbei die gesetzlichen Vorgaben zu beachten, mit denen die an sich denkbare Vertragsfreiheit deutlich eingeschränkt ist. In dieser Weise begrenzen die inhaltlichen Vorgaben für die Gestaltung des Vertrages zugleich auch das Verfahren.

1. Keine Abschlussfreiheit

2. Inhaltliche Vorgaben durch das Gesetz

IV. Regelungen bei Scheitern der Verhandlungen

Ergänzend ist auch auf die Regelungen hinzuweisen, die in dem Fall eingreifen, dass die Vertragsverhandlungen erfolglos verlaufen sind, also nicht zu der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarung geführt haben.

D. Rechtsschutz im Vertragspartnerbereich

Wenn man umfassend über den Rechtsschutz im Sozialverwaltungsrecht und damit auch im Vertragspartnerbereich nachdenkt, gelangt man sowohl zu etablierten Verfahren als auch zu neuen Möglichkeiten, die erst kürzlich ins Gesetz eingefügt worden sind und noch auf breitere Akzeptanz warten müssen. Im Nachfolgenden soll lediglich ein Überblick erfolgen.

I. Vielfalt der Rechtsbeziehungen, Vielfalt des Rechtsschutzes

Die im Krankenversicherungsrecht zu beobachtenden Beziehungen zwischen Krankenkassen und den für sie tätig werdenden Ärzten und Einrichtungen sind vielfältig. Entsprechend vielfältig sind auch die denkbaren Rechtsverstöße und Rechtsstreitigkeiten.

II. Zugehörigkeit des Vertragspartnerrechts zum öffentlichen Recht

1. Heutige Rechtslage nach dem SGB V

Die Rechtsbeziehungen im Leistungserbringungsrecht werden dem öffentlichen Recht zugeordnet. Somit wird die diesbezügliche Rechtsmasse einschließlich des Kassenarztrechts nahezu ausschließlich dem öffentlichen Sozialverwaltungsrecht zugeordnet.

2. Ein Blick in andere Bereiche des Verwaltungsrechts

In anderen Bereichen des Verwaltungsrecht ist die Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen durch „Dritte“, insbesondere durch Privatpersonen und private Institutionen und auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen zumindest im Kern als privatrechtliche Angelegenheit verstanden wird.

In diesem Zusammenhang sei nur stichwortartig auf das Beschaffungswesen hingewiesen, das als „fiskalisches Hilfsgeschäft“ nach wie vor dem Privatrecht zugeordnet wird; diese Zuordnung gilt auch für die erwerbswirtschaftliche Betätigung der Verwaltung. Und der gesamte Komplex der „Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben in der Form des Privatrechts“, die dabei zu beobachtende „Flucht der Verwaltung ins Privatrecht“ und die Herausbildung eines sog. Verwaltungsprivatrechts sind ebenfalls zu nennen.

III. Rechtsschutz innerhalb der Verwaltung

1. Schutz durch Verwaltungsbehörden

Der Rechtsschutz wurde – historisch betrachtet – im Sozialversicherungsrecht zunächst durch Verwaltungsbehörden gegeben, solange die verbindliche Streitentscheidung von Verfassung wegen nicht unabhängigen Gerichten und Richtern – der „Dritten Gewalt“ – vorbehalten war. Die Entscheidungen des Reichsversicherungsamt aus der Frühzeit der Bismarck'schen Sozialversicherung werden noch heute gelegentlich beachtet.

Ein Relikt aus dieser Zeit ist das im deutschen Verwaltungsrecht noch immer anzutreffende Vorverfahren (Widerspruchsverfahren). Die Durchführung eines solchen Vorverfahrens (Widerspruchverfahrens) ist Voraussetzung für die Zulässigkeit einer Anfechtungsklage. Somit wird dieses Verfahren im Zusammenhang mit öffentlich-rechtlichen Verträgen nur ausnahmsweise Bedeutung erlangen.

2. Schutz durch Schiedsämtler, Schiedsstellen bzw. Schlichtungsstellen

Soweit für die Erledigung von Streitigkeiten im Vertragspartnerbereich Einrichtungen des Schiedswesens vorgesehen sind, handelt es sich ebenfalls um Verwaltungstätigkeit, die dem

Tätigwerden der Sozialgerichte vorgeschaltet ist. Somit besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Institution des Vorverfahrens.

3. Schutz durch die staatliche Aufsicht

Im Rahmen der staatlichen Aufsicht werden die Vertragspartner und damit die Beachtung deren jeweiligen Pflichten im Hinblick auf den Abschluss von Verträgen kontrolliert, z.B. auch in den Fällen, in denen die Vertragspartner übereinstimmend vom Recht abweichen.

IV. Rechtsschutz durch staatliche Gerichte

Zur Abrundung der Bemerkungen zum Rechtsschutz soll ein knapper Überblick über das Gerichtswesen gegeben werden insoweit, als dabei öffentlich-rechtliche Beziehungen überprüft werden. Hierbei sollen sowohl die Tradition als auch moderne Alternativen angesprochen werden.

1. Gerichtlicher Schutz bei Verletzung durch die öffentliche Gewalt, Art. 19 Abs. 4 GG

Den verfassungsrechtlichen Ausgangspunkt des Rechtsschutzsystems kann man in Art. 19 Abs. 4 S. 1 GG sehen: „Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen“. Diese Rechtsweggarantie hat elementare Bedeutung für das Rechtsstaatsprinzip, als Grundrecht auf gerichtlichen Individualrechtsschutz gegenüber Maßnahmen der öffentlichen Gewalt. Mittelbar wird damit im Übrigen auch eine institutionelle Garantie einer entsprechenden Gerichtsbarkeit gegeben.

2. Das Gerichtswesen nach dem Grundgesetz

Das Grundgesetz ordnet ein umfassendes Gerichtswesen für die Gebiete der ordentlichen Gerichtsbarkeit und der Arbeitsgerichtsbarkeit sowie der (allgemeinen) Verwaltungsgerichtsbarkeit und besonderer Verwaltungsgerichte, nämlich die Finanzgerichtsbarkeit und die Sozialgerichtsbarkeit, an.

a) Zivilgerichtsbarkeit mit Tradition

Im Rahmen der „ordentlichen Gerichtsbarkeit“ ist die Zivilgerichtsbarkeit zuständig für bürgerlich-rechtliche Streitigkeiten. Angesichts des Leistungserbringungsrechts als nahezu ausschließlich öffentliches Recht ist die Zivilgerichtsbarkeit in diesem Bereich kaum von Bedeutung.

b) Zuständigkeit für Schadensersatz infolge der Verletzung von Amtspflichten

Bedeutung hat die Zivilgerichtsbarkeit für alle Bereiche des Verwaltungsrechts insoweit, als Entscheidungen über Ansprüche auf Schadensersatz wegen der Verletzung von Amtspflichten der Zivilgerichtsbarkeit vorbehalten sind; dabei muss auch die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandeln an Hand der öffentlich-rechtlichen Maßstäbe beurteilt werden.

c) Entwicklung der Verwaltungsgerichtsbarkeit

Die allgemeine Verwaltungsgerichtsbarkeit ist dreistufig aufgebaut, mit Verwaltungsgerichten und Oberverwaltungsgerichten (in den süddeutschen Ländern als Verwaltungsgerichtshöfe bezeichnet) und mit dem Bundesverwaltungsgericht als oberstem Gericht an der Spitze.

d) Spezielle Verwaltungsgerichtsbarkeit für das Sozialrecht

Die Sozialgerichtsbarkeit als eine der speziellen Verwaltungsgerichtsbarkeiten ist in der gleichen Weise organisiert mit ihren Sozialgerichten, Landessozialgerichten und dem Bundessozialgericht in Kassel an der Spitze. Diese Gerichtsbarkeit verfügt im Übrigen auch über ein eigenes Prozessrecht, das Sozialgerichtsgesetz mit einer Auffang-Generalklausel für die Sozialversicherung in § 51 Abs. 1 Nr. 4 SGG.

3. „Alternativer Rechtsschutz“ – Streitschlichtung durch Güterichter oder Mediator

Was wäre der Rechtsschutzüberblick ohne einen Blick auf Neues in diesem Bereich.

a) Güterichter

Neuerdings gibt es auch im verwaltungsgerichtlichen sowie im sozialgerichtlichen Verfahren den Güterichter. Diese Regelungen wurden mit Wirkung vom 26.7.2012 eingeführt.

b) Mediation

Für die Mediation gilt seit dem 26.7.2012 das Mediationsgesetz mit einer eigenständigen, in jedem Sinne außergerichtlichen Lösung von Streitigkeiten; das MediationsG definiert die Mediation als „ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines oder mehrerer Mediatoren freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben.“

4. Streitschlichtung durch öffentlich-rechtliche Schiedsgerichte

Der verwaltungsgerichtliche Rechtsschutz findet auch durch öffentlich-rechtliche Schiedsgerichte statt, deren Schiedssprüche für vollstreckbar erklärt werden können. Allerdings führen solche „echten“ Schiedsgerichte im öffentlichen Recht ein Schattendasein.