c) Von den Mitgliedern des Bewertungsausschusses, die einem Gremium angehören, das zentral und auf höchster Ebene in der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab Vergütungsgrundlagen zu entwickeln hat, ist ein hohes Maß an Sachkenntnis zu erwarten und dementsprechend die Fähigkeit zu besonders gründlicher Prüfung zu verlangen. In einem solchen Fall ist kein Raum für die Anwendung der "Kollegialgerichtsrichtlinie".

BGH, Urteil vom 14. März 2002 - III ZR 302/00 - OLG Stuttgart
LG Stuttgart

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. März 2002 durch die Richter Dr. Wurm, Streck, Schlick, Dörr und Galke

für Recht erkannt:

Auf die Rechtsmittel der Kläger werden das Urteil des 1. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 2. November 2000 aufgehoben und das Urteil der 15. Zivilkammer des Landgerichts Stuttgart vom 19. November 1999 im Kostenpunkt und insoweit abgeändert, als die Klage gegen die Beklagte zu 2 abgewiesen worden ist.

Es wird festgestellt, daß die Beklagte zu 2 verpflichtet ist, den Klägern den Schaden zu ersetzen, der ihnen durch das am 18. März 1994 und 8. April 1994 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Verbot der Überweisungen zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts O I des einheitlichen Bewertungsmaßstabs an andere Vertragsärzte entstanden ist und noch entstehen wird.

Von den Gerichtskosten und außergerichtlichen Kosten der Kläger im ersten Rechtszug haben die Kläger und die Beklagte zu 2 je die Hälfte zu tragen. Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1 zu tragen.

Die Beklagte zu 2 hat ihre außergerichtlichen Kosten des ersten Rechtszuges und die Kosten der Rechtsmittelzüge zu tragen.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Die Kläger sind Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und gemäß § 95 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie üben ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts aus. Sie sind Mitglied der für ihren Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, der Beklagten zu 1. Die Beklagte zu 2, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, ist der Zusammenschluß der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene.

Die Beklagte zu 2 vereinbart mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge in Bundesmantelverträgen (§ 82 Abs. 1 SGB V) und als deren Bestandteil durch Bewertungsausschüsse einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 1 SGB V). Die Laboratoriumsuntersuchungen sind im Kapitel O des einheitlichen Bewertungsmaßstabes geregelt. Bis zum Ablauf des I. Quartals 1994 konnte der jeweilige niedergelassene Arzt, der für die Behandlung seiner Patienten Basis-Laborleistungen in Anspruch nehmen mußte, diese in seiner Praxis selbst erbringen oder die Patienten an einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin überweisen. Im letzteren Fall erbrachte dieser die Leistungen, berichtete dem überweisenden niedergelassenen Arzt und rechnete die Leistungen unmittelbar mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Am 16. Februar 1994 schloß die Beklagte zu 2 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Über-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android
JLaw – für iOS

gangsvereinbarung zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und zur Ersatzkassen-Gebührenordnung, deren Anlage I - betreffend die Neuregelung der Bewertung und Vergütung von Laborleistungen der bisherigen Kapitel O I. und O II. des einheitlichen Bewertungsmaßstabs - dem Bewertungsausschuß zur Beschlußfassung vorgelegt wurde. Danach sollten, soweit hier von Interesse, Überweisungen zur Erbringung von Leistungen des neugefaßten Kapitels O Abschnitt I. an andere Vertragsärzte unzulässig sein. Vielmehr sollte der behandelnde Vertragsarzt diese Leistungen, die an der Punktmengenbegrenzung teilnahmen, mit der Kassenärztlichen Vereinigung selbst abrechnen. Machte er von der weiterhin bestehenden Möglichkeit Gebrauch, Laborleistungen von Laborärzten oder anderen Vertragsärzten erbringen zu lassen, sollte er mit diesen intern einen Kostenausgleich vereinbaren. Der Bewertungsausschuß faßte einen dieser Vorlage entsprechenden Beschluß, der am 18. März 1994 im Deutschen Ärzteblatt, dem offiziellen Bekanntmachungsorgan der Beklagten zu 2, veröffentlicht wurde und am 1. April 1994 in Kraft trat. Die Übergangsvereinbarung zum Bundesmantelvertrag wurde am 8. April 1994 im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht.

Die Beklagte zu 1 setzte die Übergangsvereinbarung um, wobei die Kläger Bescheide, mit denen die Beklagte zu 1 diesen Veränderungen Rechnung trug, vor dem Sozialgericht Stuttgart angriffen. Im Verfahren einer anderen Laborärztin entschied das Bundessozialgericht am 20. März 1996 auf Sprungrevision gegen ein Urteil des Sozialgerichts Stuttgart, daß das Überweisungsverbot für Basis-Laboruntersuchungen rechtswidrig sei, weil es mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage gegen Art. 12 GG verstoße (BSGE 78, 91). Die Beklagte zu 1 zahlte nach Feststellung der Unrechtmäßigkeit des Überweisungs-

verbots die bis dahin zurückbehaltenen Honorare an die Kläger aus; hierdurch erledigten sich die Sozialgerichtsverfahren der Kläger in der Hauptsache.

Im vorliegenden Verfahren begehren die Kläger für ihnen aufgrund des Überweisungsverbots entstandene Vermögenseinbußen die Feststellung der Eintrittspflicht der Beklagten unter dem Gesichtspunkt der Amtshaftung und des enteignungsgleichen Eingriffs. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Kläger, die sich nur gegen die Abweisung ihrer Klage gegen die Beklagte zu 2 gewandt haben, hatte keinen Erfolg. Mit ihrer Revision streben sie weiter die begehrte Feststellung in bezug auf die Beklagte zu 2 (im folgenden Beklagte) an.

Entscheidungsgründe

Die Revision der Kläger ist begründet. Die Beklagte hat den Klägern wegen des beanstandeten Überweisungsverbots nach Amtshaftungsgrundsätzen für den entstandenen Schaden einzustehen. Insoweit ist auf den Antrag der Kläger die begehrte Feststellung zu treffen. Im einzelnen gilt folgendes:

1. Zutreffend geht das Berufungsgericht mit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 20. März 1996 (MedR 1997, 227; siehe auch das Urteil BSGE 78, 91 vom gleichen Tag in einer Parallelsache) davon aus, daß der Beschluß des Bewertungsausschusses zur Übergangsvereinbarung vom 16. Februar 1994 als eine rechtswidrige Amtspflichtverletzung zu bewerten ist, weil er ohne eine hierfür ausreichende Ermächtigungsgrundlage die Laborärzte aus der vertragsärztlichen Tätigkeit mit O I.-Leistungen ausgeschlossen hat, obwohl diese

Leistungen insgesamt weiterhin Teil des vertragsärztlichen Leistungsspektrums geblieben sind. Das Bundessozialgericht hat in den Bestimmungen der §§ 72 Abs. 2, 82 Abs. 1, 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V und in den Regelungs- und Handlungsaufträgen in § 87 Abs. 2 b Satz 2 und § 105 Abs. 2 Satz 2 SGB V keine hinreichende Grundlage für das Überweisungsverbot gesehen. Soweit die Beklagte in den Vorinstanzen die Beschlußfassung im Bewertungsausschuß gleichwohl für rechtmäßig gehalten hat, tritt der Senat der Beurteilung des Bundessozialgerichts zur Rechtswidrigkeit des Überweisungsverbotes bei.

2. a) Daß mit der Übergangsvereinbarung und der Beschlußfassung im Bewertungsausschuß ein Normsetzungsakt der Selbstverwaltungsorgane in der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen ist, schließt eine Haftung nach § 839 BGB nicht unter dem Gesichtspunkt von vornherein aus, daß eine einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht verletzt sein muß. Die auf die Senatsurteile BGHZ 142, 259 und BGHZ 120, 184 gestützte Auffassung des Berufungsgerichts, Norm- und Organisationsakte seien nur drittbezogen, soweit der Schutz des Lebens und die Gesundheit Einzelner betroffen sei, wird der Rechtsprechung des Senats nicht in vollem Umfang gerecht. Das die Bauleitplanung betreffende Senatsurteil BGHZ 142, 259, 264 beruht auf der besonderen Ausgestaltung der Vorschrift des § 1 Abs. 5 Satz 2 Nr. 1 BauGB, die nur in Beziehung auf Leben und Gesundheit Pflichten begründet, die sich aus dem - amtshaftungsrechtlich nicht geschützten - Allgemeininteresse herausheben. Auch in der Entscheidung BGHZ 120, 184, 192 f war es das Interesse des klagenden Notfallpatienten an der Erhaltung seines Lebens und seiner Gesundheit, welches im Rahmen des allgemeinen Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung die notwendige enge Beziehung im Sinne eines Drittbezugs herzustellen vermochte.

b) Im Unterschied zu diesen beiden genannten Entscheidungen geht es hier um den Zulassungsstatus der klagenden Vertragsärzte und um die von der Beklagten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu beachtenden Grenzen. Dabei kommt dem Umstand, daß die Vertragsärzte lediglich Mitglied ihrer jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigung sind (§ 77 Abs. 3 SGB V), keine Bedeutung zu. Entscheidend ist, daß die Beklagte und die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen haben und auch sonst in im wesentlichen gleicher Weise in die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden sind. Daß zwischen ihnen die Zuständigkeiten für Verträge auf Bundes- und Landesebene verteilt sind, ändert an der gemeinsamen inhaltlichen Aufgabenstellung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nichts.

Bezogen auf die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Senat bereits in seinem Urteil vom 4. Juni 1981 (BGHZ 81, 21) entschieden, daß die rechtsetzenden Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Mitgliedern bei der Gestaltung des Verteilungsmaßstabs für die von der Krankenkasse entrichtete Gesamtvergütung die Amtspflicht haben, sich im Rahmen ihrer Selbstverwaltungszuständigkeit zu halten und nicht in unzulässiger Weise den Zulassungsstatus der Mitglieder zu schmälern. In der Entscheidung wird ausgeführt, soweit das Zulassungsrecht nicht gesetzlich oder aufgrund gesetzlicher Ermächtigung in der Zulassungsordnung normiert sei, erfordere seine Regelung grundsätzlich ein "Zusammenwirken" der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Danach sei die Kassenärztliche Vereinigung jedenfalls nicht befugt, im Honorarverteilungsmaßstab einseitig

eine Regelung zu treffen, die den Zulassungsstatus des Kassenarztes schmälere. Eine solche Regelung betreffe nicht mehr nur den der autonomen Rechtsetzung zugänglichen Bereich. Sie verletze die den Trägern von Hoheitsrechten grundsätzlich obliegende Amtspflicht, die Grenzen der Zuständigkeit einzuhalten, und führe, wenn eine innere Beziehung zwischen der schädigenden Handlung und der Amtsausübung bestehe, zur Schadensersatzpflicht gemäß § 839 BGB gegenüber jedem Vertragsarzt, der durch sie geschädigt worden sei (BGHZ 81, 21, 27). Die Beklagte hat in den Vorinstanzen dieser Entscheidung entnehmen wollen, der Senat habe seinerzeit den allein von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung vorgenommenen Eingriff in den Zulassungsstatus beanstandet, woraus sich zugleich ergebe, daß ein Zusammenwirken der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen, so wie es hier durch den aus ihren Mitgliedern gebildeten Bewertungsausschuß geschehen sei, unbedenklich sei. Eine solche Aussage kann der damaligen Senatsentscheidung jedoch nicht entnommen werden. Gerade der Zulassungsstatus ist für das gesamte vertragsärztliche System bestimmend, weil er den Grund dafür legt, in welchem Geflecht von Rechten und Pflichten die Ärzte, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen miteinander verbunden sind. Insofern besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigung auch dann die Pflicht, nicht in den Zulassungsstatus von Vertragsärzten einzugreifen, wenn sie mit den zu denselben Grundsätzen verpflichteten Krankenkassen an normsetzenden Verträgen mitwirken. Wird daher - wie hier - nicht nur der Zulassungsstatus berührt, sondern mangels einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage verletzt, kann eine jedenfalls auch im Interesse der betroffenen Vertragsärzte bestehende Amtspflicht nicht verneint werden.

3. Die Beklagte kann ihre Haftung nicht mit der Erwägung leugnen, der Bewertungsausschuß habe als organisationsrechtlich verselbständigte öffentliche Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen das Überweisungsverbot zu verantworten.

a) Nach § 87 Abs. 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einheitliche Bewertungsmaßstäbe für die ärztlichen und die zahnärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuß besteht nach § 87 Abs. 3 SGB V normalerweise aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gestellten Vertretern und einer gleichen Anzahl von Vertretern der Bundesverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkassen. Der Bewertungsausschuß kann in dieser Zusammensetzung, wie sich aus der Regelung in § 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V ergibt, nur übereinstimmend, also einstimmig, entscheiden. Seine Mitglieder, die nach ihrer Aufgabe für die entsendenden Körperschaften und Verbände zu einem Vertragsschluß kommen sollen, unterliegen einem Weisungsrecht (vgl. BSGE 73, 131, 133). Kommt im Bewertungsausschuß eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder nicht zustande, ist der Ausschuß auf das Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder zu erweitern (§ 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V). In dieser erweiterten Zusammensetzung setzt der Bewertungsausschuß mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest, was in seiner Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinn des § 82 Abs. 1 SGB V gleichsteht (§ 87 Abs. 5 SGB V).

b) Wie rechtliche Konstruktion und Aufgabenstellung des Bewertungsausschusses zu bewerten sind, wird im Schrifttum unter verschiedenen Blickwinkeln behandelt. Teilweise wird davon gesprochen, Bewertungsausschuß und erweiterter Bewertungsausschuß seien Behörden im verwaltungsverfahrensrechtlichen Sinn gemäß § 1 Abs. 2 SGB X. Der Bewertungsausschuß übe nach außen wirksame Behördentätigkeiten nach § 8 SGB X aus, denn seine Beschlüsse folgten dem Rechtscharakter nach den Regeln über den öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X (vgl. Schnapp, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1 Krankenversicherungsrecht, § 49 Rdn. 247). Demgegenüber seien die Festsetzungen des erweiterten Bewertungsausschusses als Verwaltungsakte zu qualifizieren, bei denen nicht mehr einvernehmliche Vertragsvereinbarungen, sondern echte Schiedsentscheidungen im Mittelpunkt der Entscheidungsfindung stünden (vgl. Schnapp, aaO Rdn. 248). Aus einer solchen Sicht liegt es nahe, den Bewertungsausschuß als eine organisationsrechtlich verselbständigte öffentliche Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anzusehen (vgl. Engelhard, in: Hauck/Haines, SGB V, K § 87 Rdn. 145), was unter anderem darin Ausdruck findet, daß er nach § 70 Nr. 4 SGG am Verfahren vor den Sozialgerichten beteiligt sein kann (vgl. BSGE 71, 42; 78, 191 f). Mehr der Aufgabenwahrnehmung folgt die Betrachtung, der Bewertungsausschuß sei "verlängerter Arm der Vertragspartner" (so Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, 3. Aufl., § 87 Rdn. 34; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 87 SGB V Rdn. 18), Vertragsausschuß oder Vertragsorgan (vgl. BSGE 73, 131, 133; 78, 191, 194) der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, er vereinbare die Bewertungsmaßstäbe in Stellvertretung der Partner der Bundesmantelverträge (vgl. Funk, in: Schulin, aaO § 32 Rdn. 97).

c) Im vorliegenden Fall, in dem der Bewertungsausschuß einstimmig entschieden hat, haftet die Beklagte für das amtspflichtwidrige Verhalten ihrer Mitglieder im Bewertungsausschuß. Dabei kann offen bleiben, ob dem Bewertungsausschuß organisationsrechtlich eine eigenständige Stellung zuzumessen ist und ob er mit anderen Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die im Zulassungswesen, Schiedswesen oder in der Wirtschaftlichkeitsprüfung eigenständige Funktionen wahrzunehmen haben, vergleichbar ist (gegen letzteres unter Hinweis auf die Bindung an Weisungen Hess, aaO Rdn. 18). Der Senat entscheidet für den Bereich der Amtshaftung die Frage nach der haftpflichtigen Körperschaft danach, welche Körperschaft dem Amtsträger das Amt, bei dessen Ausführung er fehlsam gehandelt hat, anvertraut hat, wer - mit anderen Worten - dem Amtsträger die Aufgabe, bei deren Wahrnehmung die Amtspflichtverletzung vorgekommen ist, übertragen hat (st. Rspr., vgl. nur BGHZ 99, 326, 330; 143, 18, 26). Bezogen auf die im Bewertungsausschuß wahrzunehmenden Aufgaben sind die Vertragspartner der Gesamtverträge auf Bundesebene die eigentlich Handelnden. Auch wenn sie, was den einheitlichen Bewertungsmaßstab angeht, nicht selbst, sondern durch die Bewertungsausschüsse zu einer vertraglichen Regelung gelangen, geschieht dies doch durch Vertreter, die sie in den Ausschuß entsenden und die ihren Weisungen unterliegen. Insofern kann man den Bewertungsausschuß als ein Instrument der Partner der Bundesmantelverträge ansehen, das die sonst angesichts der zu überbrückenden Interessengegensätze nur schwer lösbare Aufgabe zu übernehmen hat, eine einvernehmliche Regelung herzustellen, um die Einheitlichkeit des Bewertungsmaßstabes für alle Kassenarten zu sichern. Jedenfalls in Fällen, in denen ein solcher Vertrag übereinstimmend geschlossen wird, ohne daß es einer Mehrheitsentscheidung durch den erweiterten Bewer-

tungsausschuß bedarf, verwirklichen die Mitglieder des Ausschusses den Willen der durch sie repräsentierten Stellen. Der Senat hat daher keine Bedenken, die Haftung für ein amtspflichtwidriges Verhalten der von ihr in den Ausschuß entsandten Mitglieder auf die Beklagte überzuleiten. Wer für amtspflichtwidriges Verhalten von Mitgliedern des erweiterten Bewertungsausschusses zu haften hat, der nach der gesetzlichen Ausgestaltung durch Mehrheitsentscheidung zu einer Lösung gelangt, die die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinn des § 82 Abs. 1 SGB V hat - das Bundessozialgericht sieht in den Entscheidungen des einfachen und des erweiterten Bewertungsausschusses ein einheitliches Normsetzungsverfahren (vgl. BSGE 78, 191, 192) -, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung.

4. Das Berufungsgericht hält - anders als das Oberlandesgericht Köln (VersR 2000, 1279) in einer Parallelsache, in der der Senat die Revision der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht angenommen hat (Senatsbeschluß vom 22. Februar 2001 - III ZR 316/99, nicht mit Gründen versehen) - den Amtshaftungsanspruch für nicht begründet, weil der Beklagten kein Schuldvorwurf daraus gemacht werden könne, daß sie die Verfassungswidrigkeit des Beschlusses nicht erkannt habe; von dessen Rechtmäßigkeit habe sie bis zur Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 20. März 1996 (MedR 1997, 227) ausgehen dürfen. Ihr sei zwar bewußt gewesen, daß der Beschluß des Bewertungsausschusses einer Ermächtigungsgrundlage bedurft habe. Sie habe jedoch insbesondere in § 87 Abs. 2 b Satz 2 SGB V und in § 72 Abs. 2 SGB V eine solche Grundlage sehen dürfen. Die Vertretbarkeit dieser Auffassung ergebe sich auch aus dem Urteil des Sozialgerichts Stuttgart und der Beurteilung einiger Landessozialgerichte, die das Überweisungsverbot für rechtmäßig oder die Rechtsfragen als offen angesehen hätten. Auch wenn man zu Lasten der

Beklagten berücksichtige, daß sie mit der Rechtsmaterie besonders vertraut sei, treffe dies auch auf die mit diesen Fragen befaßten Fachgerichte zu.

a) Dem ist im Ergebnis nicht zu folgen. Richtig ist allerdings der Ausgangspunkt, daß nicht jeder objektive Rechtsirrtum ohne weiteres einen Schuldvorwurf begründet. Hat der Amtsträger die Gesetzes- und Rechtslage unter Zuhilfenahme der ihm zu Gebote stehenden Hilfsmittel sorgfältig und gewissenhaft geprüft und hat er sich danach aufgrund objektiv vernünftiger Überlegungen eine Rechtsmeinung gebildet, die als rechtlich vertretbar angesehen werden kann, so kann aus der Mißbilligung seiner Rechtsauffassung durch die Gerichte ein Schuldvorwurf nicht hergeleitet werden (vgl. Senatsurteil BGHZ 146, 153, 165).

b) Das Berufungsgericht trägt jedoch dem Gesichtspunkt, daß es sich bei dem Bewertungsausschuß um ein Gremium handelt, dessen Mitglieder mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für das Funktionieren der vertragsärztlichen Versorgung auf höchster Ebene grundlegende Normsetzungsentscheidungen zu treffen haben, und den hierzu bereits ergangenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts nicht hinreichend Rechnung.

aa) Die Beklagte hat in den Vorinstanzen geltend gemacht, insbesondere aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19. Dezember 1984 (BSGE 58, 18) hätten die zuständigen Gremien entnehmen dürfen, daß die hier verabredete Regelung des Überweisungsverbots unbedenklich sei. Das Bundessozialgericht habe nämlich erst in seiner das Überweisungsverbot betreffenden Entscheidung vom 20. März 1996 (BSGE 78, 91, 95 f) eine Abgrenzung zur Entscheidung BSGE 58, 18 vorgenommen, mit der die Mitglieder des Be-

wertungsausschusses nicht hätten rechnen müssen. Die Unterschiede zwischen den beiden zitierten Entscheidungen des Bundessozialgerichts im Sachverhalt sind jedoch deutlich. In der Entscheidung BSGE 58, 18 ging es um die Frage, ob ein Radiologe darauf beschränkt werden dürfe, nur auf Überweisung tätig zu werden, ohne unmittelbar von Kassenpatienten in Anspruch genommen zu werden. Das Bundessozialgericht hat zwar insoweit den Zulassungsstatus des Radiologen berührt gesehen, aber eine Verletzung dieses Status im Ergebnis verneint, weil es praktisch im Fachgebiet des Radiologen angelegt sei, daß er auf Überweisung eines anderen, primär behandelnden Arztes in Anspruch genommen werde. Es hat daher bereits in der damaligen Entscheidung hervorgehoben, daß hier lediglich eine sich aus der Fachgebietsausrichtung des Radiologen ergebende Beschränkung vom allgemeinen Berufsrecht in das Kassenarztrecht transformiert (BSGE 58, 18, 23) und, wie es in der Entscheidung BSGE 78, 91, 96 ergänzend heißt, der kassenärztliche Status insoweit klargestellt werde. Auch für die hier betroffenen Laborärzte gilt grundsätzlich der Überweisungsvorbehalt. Es liegt auf der Hand, daß die hier in Rede stehende Regelung, mit der der überhaupt nur gangbare Weg zum Laborarzt über eine Überweisung gerade ausgeschlossen wird, in seiner Auswirkung auf den Zulassungsstatus eine viel einschneidendere Wirkung hat. Diesem - bei aller Komplexität der zu regelnden Materie - vergleichsweise klar erkennbaren und handgreiflichen Gesichtspunkt, einem Vertragsarzt in Teilbereichen sein Betätigungsfeld vollkommen zu nehmen, obwohl die Leistungen weiterhin Gegenstand des vertragsärztlichen Leistungsspektrums blieben, haben die Mitglieder des Bewertungsausschusses nicht das genügende Gewicht beigemessen, obwohl sich insoweit ein Eingriff in den Zulassungsstatus geradezu aufdrängte. Die mangelnde Gewichtung dieses Gesichtspunkts tritt auch aus der von der Beklagten im Verfahren vor dem Bundessozialgericht (MedR 1997, 227, 228)

geäußerten Auffassung hervor, bei dem Überweisungsverbot handele es sich lediglich um eine vergütungstechnische Regelung, in dem der Laborarzt statt durch die Kassenärztliche Vereinigung durch den auftraggebenden Arzt honoriert werde.

bb) Bereits in der Entscheidung BSGE 58, 18, 25 ist ausgeführt, daß der Gesetzgeber die "statusbildenden" Normen im Bereich des Kassenarzt- und Facharztwesens und die Leitlinien sowie den Umfang der kassenärztlichen Versorgung in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festzulegen hat. Wesentlich ist auch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, daß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V - wie die Vorläufervorschrift des § 368 a Abs. 4 RVO - dem Vertragsarzt grundsätzlich eine uneingeschränkte Teilnahmeberechtigung verschafft, deren Umfang und Grenzen durch untergesetzliche Normen nur insoweit konkretisiert werden dürfen, als es um die Umsetzung von Vorgaben des allgemeinen ärztlichen Berufsrechts geht (BSGE 78, 91, 96 unter Bezugnahme auf BSGE 58, 18, 21 ff). Den Mitgliedern des Bewertungsausschusses hätte in diesem Zusammenhang auch die durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geänderte Fassung des § 73 Abs. 1 SGB V vor Augen stehen müssen, durch die der Gesetzgeber selbst eine Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung vorgenommen hat, während nach der Fassung des früher geltenden Rechts die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung bestimmen durften.

cc) Schließlich hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 1. Oktober 1990 (BSGE 67, 256, 266 f) grundsätzlich entschieden, wie in Fällen, in denen die Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG betroffen ist, eine gesetzliche Ermäch-

tigung beschaffen sein muß, damit zwischen den normativen Vorgaben und dem von der kassenarztrechtlichen Selbstverwaltung zu konkretisierenden Inhalt kein dem verfassungsrechtlichen Zweck der Rechtssicherheit widersprechendes unbestimmtes Umsetzungsfeld verbleibt. Gemessen an diesen Grundsätzen konnten die Mitglieder des Bewertungsausschusses, die sich nach dem Vorbringen der Beklagten vor der Beschlußfassung auch mit der Entscheidung BSGE 67, 256 beschäftigt haben, nicht davon ausgehen, daß die sehr allgemein gehaltenen Bestimmungen über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 72 Abs. 2 SGB V), über den Abschluß des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V) und über die Bindung des Vertragsarztes an die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung (§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V) die hier vorgenommene Beschränkung des Zulassungsstatus deckten. Bei einer sorgfältigen Analyse der Entscheidung BSGE 67, 256 hätten sich, wie das Oberlandesgericht Köln in einer dieselbe Beschlußfassung betreffenden Sache entschieden hat (VersR 2000, 1279, 1281), bei den Mitgliedern des Bewertungsausschusses auch durchgreifende Bedenken durchsetzen müssen, ob die - für sich genommen - andere Fälle betreffenden Regelungs- und Handlungsaufträge in § 87 Abs. 2 b Satz 2 und § 105 Abs. 2 Satz 2 SGB V mit hinreichender Bestimmtheit erlaubten, die Laborärzte von der Erbringung bestimmter Leistungen durch das Überweisungsverbot auszuschließen.

c) Das Verschulden der Mitglieder des Bewertungsausschusses kann nicht mit der Erwägung verneint werden, das Sozialgericht Stuttgart habe in dem zum Bundessozialgericht führenden Verfahren das Überweisungsverbot für rechtens gehalten; auch einige Landessozialgerichte hätten das Überweisungsverbot als rechtmäßig oder die aufgeworfenen Rechtsfragen jedenfalls

als offen angesehen. Zwar ist nach der "Kollegialgerichtsrichtlinie" ein Verschulden regelmäßig zu verneinen, wenn ein mit mehreren Rechtskundigen besetztes Kollegialgericht die Amtstätigkeit als objektiv rechtmäßig angesehen hat (vgl. Senatsurteil BGHZ 117, 240, 250). Die vom Berufungsgericht angeführten Entscheidungen der Landessozialgerichte sind jedoch nicht im Hauptsacheverfahren, sondern in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ergangen. Das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart ist keine Entscheidung eines Kollegialgerichts im Sinn der erwähnten Richtlinie. Zwar mag auch eine erstinstanzliche sozialgerichtliche Entscheidung im Einzelfall bei der Würdigung, ob dem Amtsträger ein Schuldvorwurf zu machen ist, zu berücksichtigen sein (vgl. Senatsurteil vom 14. März 1996 - III ZR 224/94 - MedR 1996, 464, 466; insoweit in BGHZ 132, 181 nicht abgedruckt). Die Richtlinie ist hier jedoch nicht anzuwenden, weil es um die Beschlußfassung in einem Gremium geht, das zentral und auf höchster Ebene in der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab Vergütungsgrundlagen zu entwickeln hat, wobei bereits durch seine Zusammensetzung ein Höchstmaß an Sachkenntnis zu erwarten und die Fähigkeit zu besonders gründlicher Prüfung zu verlangen ist (vgl. zu den Anforderungen an Bedienstete einer oberen Landesbehörde Senatsurteil BGHZ 134, 268, 274 f).

5. Die in den Vorinstanzen vertretene Auffassung der Beklagten, eine Ersatzpflicht trete nach § 839 Abs. 3 BGB nicht ein, weil die Kläger den Primärrechtsschutz nicht ausreichend wahrgenommen hätten, trifft nicht zu. Soweit es um die mit der Beschlußfassung verbundene Normsetzung im Bewertungsausschuß geht, findet eine abstrakte Normenkontrolle - etwa auf Antrag eines Vertragsarztes - nach den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes nicht statt (vgl. BSGE 71, 42, 51; 78, 91, 92). Für eine - inzidente - Überprüfung des hier be-

schlossenen Überweisungsverbots standen damit von vornherein nur zwei Wege zur Verfügung: Die Kläger konnten Abrechnungsbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 54 SGG anfechten, in denen eine Vergütung für die vom Überweisungsverbot betroffenen Leistungen nicht gewährt wurde. Diesen Weg, der überhaupt nur gangbar war, wenn es zu einer - an sich verbotenen - Überweisung an den Facharzt für Laboratoriumsmedizin kam, haben die Kläger im wesentlichen beschritten. Die Beklagte hat zwar geltend gemacht, die Kläger hätten gegen einzelne Abrechnungsbescheide keinen Widerspruch eingelegt oder keine Klage erhoben; es ist jedoch unstreitig, daß diese Abrechnungsdifferenzen von der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20. März 1996 ausgeglichen worden sind. Streitgegenständlich ist daher nur ein Schaden, der dadurch entstanden ist, daß sich niedergelassene Ärzte an das rechtswidrige Überweisungsverbot gehalten haben und die Kläger daher entsprechende Leistungen nicht mehr vertragsärztlich erbringen konnten. Insoweit hat das Bundessozialgericht die gegen die Kassenärztliche Vereinigung gerichtete Feststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG für zulässig gehalten, um die Frage klären zu lassen, ob der Laborarzt auf der Grundlage des seit dem 1. April 1994 bestehenden Rechtszustandes weiterhin Leistungen nach Abschnitt O I auf Überweisung von Vertragsärzten erbringen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen darf (BSGE 78, 91, 92). Im Rahmen eines solchen Verfahrens war Raum für eine inzidente Überprüfung des vom Bewertungsausschuß ausgesprochenen Überweisungsverbots.

Daß die Kläger diesen Weg nicht beschritten haben, ist ihnen nicht als Verschulden nach § 839 Abs. 3 BGB zuzurechnen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere von Bedeutung, daß sowohl die für die Kläger zuständige

Kassenärztliche Vereinigung als auch die Beklagte in den beiden Verfahren vor dem Bundessozialgericht die Auffassung vertreten haben, die dort erhobene Feststellungsklage sei als nicht vorgesehene Normenkontrollklage unzulässig, weil sie kein konkretes Rechtsverhältnis betreffe (vgl. BSGE 78, 91 und MedR 1997, 227). Unter diesen Umständen kann die Beklagte den Klägern nicht vorwerfen, sie hätten den möglichen Primärrechtsschutz in der Form der Feststellungsklage nicht wahrgenommen.

6. Der Amtshaftungsanspruch ist entgegen der von der Beklagten in den Vorinstanzen vertretenen Auffassung nicht verjährt.

Die dreijährige Verjährungsfrist des § 852 Abs. 1 BGB a.F. beginnt, sobald der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt. Bei einem Anspruch aus § 839 BGB kann also die Verjährung erst beginnen, wenn der Geschädigte weiß, daß die in Rede stehende Amtshandlung widerrechtlich und schuldhaft war und deshalb eine zum Schadensersatz verpflichtende Amtspflichtverletzung darstellt. Dabei genügt zwar im allgemeinen, daß der Verletzte die tatsächlichen Umstände kennt, die eine schuldhafte Amtspflichtverletzung als naheliegend, eine Amtshaftungsklage - sei es auch nur als Feststellungsklage - mithin als so aussichtsreich erscheinen lassen, daß dem Verletzten die Erhebung der Klage zugemutet werden kann (vgl. Senatsurteil BGHZ 122, 317, 325). Dagegen setzt § 852 Abs. 1 BGB aus Gründen der Rechtssicherheit und Billigkeit grundsätzlich nicht voraus, daß der Geschädigte aus den ihm bekannten Tatsachen auch die zutreffenden rechtlichen Schlüsse zieht. Allerdings kann Rechtsunkenntnis im Einzelfall bei unsicherer und zweifelhafter Rechtslage den Verjährungsbeginn hinausschie-

ben (vgl. Senatsurteil vom 24. Februar 1994 - III ZR 76/92 - NJW 1994, 3162, 3164 m.w.N.).

Der Umstand, daß in Kreisen der Laborärzte bereits im Jahr 1994 die Überzeugung gereift schien, sich mit rechtlichen Mitteln gegen das Überweisungsverbot zu wehren und eine Amtshaftungsklage in Betracht zu ziehen, genügt bei den hier vorliegenden Verhältnissen nicht, die erforderliche Kenntnis der Kläger bereits im Jahre 1994 anzunehmen. Die Rechtslage war schwierig. Es gab eine ganze Serie von Verfahren, die kein einheitliches Bild vermittelten. Dabei hatte eine Mehrzahl von Gerichten die Rechtmäßigkeit des Überweisungsverbots bejaht oder diese Frage offen gelassen. Es kommt hinzu, daß die Möglichkeiten, Primärrechtsschutz zu erlangen, nicht in jeder Weise geklärt waren. Den Klägern war es jedenfalls einzuräumen, die Abrechnungsbescheide anzufechten, mit denen die Kassenärztliche Vereinigung das Überweisungsverbot bei der Honorarverteilung umsetzte. In dieser unklaren Lage kann erst mit der Veröffentlichung der Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20. März 1996 die für eine Klageerhebung notwendige Kenntnis der Kläger angenommen werden. Bis zur Erhebung der Klage im Januar 1999 waren die Ansprüche der Kläger daher nicht verjährt.

7. Hat die Beklagte daher nach Amtshaftungsgrundsätzen für die Folgen des Überweisungsverbots einzutreten, kommt es auf die Frage, ob auch eine Entschädigung wegen eines enteignungsgleichen Eingriffs geschuldet ist, im Streitfall nicht an.

Wurm Streck Schlick

Dörr Galke