Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 98/01

Urteil vom 10. Januar 2003
I. Kammer

Besetzung
Präsident Schön, Bundesrichter Borella, Meyer, Lustenberger und Ferrari; Gerichtsschreiberin Weber Peter

Parteien
B._____, 1960, Beschwerdeführerin,

gegen

ASSURA Kranken- und Unfallversicherung, Voralpenstrasse 58, 1723 Marly, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, Luzern

(Entscheid vom 6. Juli 2001)

Sachverhalt:
A.
B._____, geboren 1960, bei der ASSURA Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: ASSURA) u.a. obligatorisch krankenpflegeversichert, litt seit ihrer Jugendzeit bis etwa zum 25. Altersjahr an einer massiven chronischen Akne, welche entstellende Gesichtsnarben zurückliess (Zeugnis des behandelnden Arztes, Dr. med. R._____, Arzt für allgemeine Medizin FMH, vom 30. März 2000). Als "zurzeit die einzige Möglichkeit (...), solche entstellenden Narben mindestens teilweise zum Verschwinden zu bringen" (erwähntes hausärztliches Zeugnis), bemühten sich Dr. med. R._____ und die Versicherte im Frühjahr 1998 um Kostengutsprache für eine Lasertherapie (skin resurfing) in der Klinik X._____. Im Rahmen einer längeren Korrespondenz lehnte die ASSURA dieses Begehren ab, bevor sie am 15. Februar 2000 die Abweisung des Leistungsgesuches verfügte. Auf Einsprache hin bestätigte der Krankenversicherer seinen Standpunkt, wonach Ziff. 5 des Anhangs 1/KLV (Dermatologie) "abschliessend" aufführe, in welchen "dermatologischen Bereichen Leistungen von der Krankenkasse" zu übernehmen seien; mangels wissenschaftlicher Anerkennung sei die zur Behandlung von Aknenarben applizierte Lasertherapie nicht in Ziff. 5 des Anhangs 1/KLV aufgenommen worden,
übernehme die obligatorische Krankenpflegeversicherung danach Laserbehandlungen doch nur in den Fällen von Naevus teleangiectaticus sowie Condylomata acuminata; B._____ habe sich der Laserbehandlung jedoch "aus rein ästhetischen Gründen und nicht aus einem die Leistungspflicht der Kasse begründenden Risiko (Unfall, Krankheit, Mutterschaft)" unterzogen, weshalb eine Leistungspflicht der Kasse entfalle (Einspracheentscheid vom 20. März 2000).
B.
Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Luzern mit Entscheid vom 6. Juli 2001 ab.
C.
B._____ führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt, die Krankenkasse sei zur Vergütung der von

der Klinik in Rechnung gestellten Behandlungskosten von Fr. 8970.30 zu verpflichten.

Während die ASSURA auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliesst, verweist das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) einerseits auf das Urteil G. vom 7. Juli 2000 (K 151/99), publiziert in RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 279 (betreffend thorakale Sympathektomie), und macht das Gericht anderseits
"darauf aufmerksam, dass wir abklären werden, ob die in Frage stehende Lasertherapie (skin resurfing) eine Pflichtleistung darstellt, oder ob es sich um eine umstrittene Leistung handelt. Im letzteren Fall wäre die Leistung der Eidgenössischen Leistungskommission (ELK) zur Prüfung zu unterbreiten. Deshalb beantragen wir die Sistierung des Verfahrens. Wir werden Sie über die Ergebnisse des Prüfungsverfahrens informieren. Dies wird voraussichtlich bis Ende Jahr möglich sein. (...)".
Im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs äussert sich B._____ zu diesem Verfahrensantrag nicht ausdrücklich, währenddem ihm die ASSURA mit dem Argument opponiert, ein entsprechender Entscheid der Eidgenössischen Leistungskommission, selbst wenn er hier positiv ausfallen würde, könnte nicht rückwirkend, für das Behandlungsjahr 1998, Geltung beanspruchen.
D.
Mit Eingabe vom 10. September 2002 teilt das BSV mit, die Lasertherapie von Aknenarben (und auch von Keloiden, d.h. überschiessender Narbenbildung) sei per 1. Juli 2002 mit dem Vermerk "nein, in Evaluation" in Anhang 1 der KLV aufgeführt. Während B._____ hiezu keine Stellung nimmt, hält die ASSURA an ihrem Rechtsbegehren fest.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Krankenversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheides eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen anwendbar.
2.
Soweit die Beschwerdegegnerin die Krankheitswertigkeit des durch die aknebedingten Narben entstellten Gesichts der Beschwerdeführerin in Zweifel zieht, kann ihr nicht gefolgt werden. Aus dem Zeugnis des Dr. med. R._____ vom 30. März 2000 geht schlüssig hervor, dass die Lasertherapie keineswegs nur kosmetischen Charakter hatte, sondern darauf gerichtet war, den objektiv verständlichen Leidenszustand der Beschwerdeführerin mit depressiver Entwicklung und Rückzugstendenzen zu beheben (vgl. RKUV 1997 Nr. KV 984 S. 119).
3.
3.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) u.a. im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu über nehmen (Art. 24 KVG). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt u.a. die Kosten für die Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen (Art. 25 Abs. 1 KVG), wobei die Leistungen insbesondere die ambulant, stationär oder teilstationär erbrachten Behandlungen durch Ärzte oder Ärztinnen umfassen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KVG).
3.2 Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG, somit auch die eben erwähnte ärztliche Behandlung, müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

Zur Wahrung dieser für das Leistungsrecht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fundamentalen Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sieht Art. 33 KVG ein System zur Bezeichnung der vergütungsfähigen Leistungen vor. Die in Art. 33 KVG verankerte

gesetzliche Ordnung unterscheidet dabei danach, um welche Art von Leistungserbringern und/oder um welche Art von erbrachten Leistungen (Leistungsarten) es geht:
- Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter be- stimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 KVG). Art. 33 Abs. 1 KVG erteilt dem Bundesrat somit im Bereich der ärztlichen und chiropraktorischen Heilanwendungen die Befugnis zur Bezeichnung einer Negativliste, die abschliessend ist (BGE 125 V 28 Erw. 5b). Diese gesetzliche Ordnung enthält insofern eine für den die Kostenvergütung anbegehrenden Versicherten vorteilhafte Ordnung, als im Falle einer seitens eines Arztes (oder Chiropraktors) erbrachten Leistung die Kostenvergütungspflicht der Kasse zu bejahen ist, sofern die ärztlich erbrachte Leistung nicht (seitens des Bundesrates bzw. des Eidgenössischen Departementes des Innern nach Anhörung der beratenden Kommissionen; Art. 33 Abs. 5 KVG) von der Kostenvergütungspflicht ausgenommen worden ist. Die von Ärzten (und Chiropraktoren) als Angehörige eines freien Berufes applizierten Heilanwendungen haben somit die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechen
(BGE 125 V 28 Erw. 5b). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte nicht ausgeschlossene ärztliche (oder chiropraktorische) Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen.

- Anders verhält es sich nach Art. 33 Abs. 2 und Abs. 3 KVG:
- - bei nicht von Ärzten/Ärztinnen sowie Chiropraktoren/Chiropraktorinnen, so-
mit allen übrigen zugelassenen Leistungserbringern, erbrachten allgemei- nen Leistungen bei Krankheit (Art. 25 Abs. 2 KVG), wo der Bundesrat bzw. das Departement eine Positivliste aufstellt (Art. 33 Abs. 2 KVG), und
- - für die Leistungsarten der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG), der Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 lit. a und c KVG) und der zahnärztlichen Be- handlungen (Art. 31 Abs. 1 KVG). Der entsprechende Art. 33 Abs. 2 KVG betraut den Bundesrat bzw. das Departement diesbezüglich ebenfalls mit der Erstellung einer Positivliste.
- - Schliesslich bestimmt der Bundesrat nach Art. 33 Abs. 3 KVG, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweck- mässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Auch hier geht es um die Erstellung einer Liste, die grundsätzlich abschliessend ist (BGE 125 V 28 Erw. 5b in fine).
3.3 Zu prüfen ist, wie der Verordnungsgeber dieses dreigliedrige System nach Art. 33 Abs. 1-3 KVG umgesetzt hat. Dies ist in Art. 33 KVV geschehen. Danach bezeichnet das Departement nach Anhören der zuständigen Kommission
- gemäss lit. a die von Ärzten/Ärztinnen oder Chiropraktoren/Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernom- men werden;
- gemäss lit. b die nicht von Ärzten/Ärztinnen oder Chiropraktoren/Chiro- praktorinnen, somit von allen übrigen zugelassenen Leistungserbringern, er- brachten allgemeinen Leistungen bei Krankheit;
- gemäss lit. c die neuen oder umstrittenen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befindet; es bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- gemäss lit. d die medizinischen Präventionsmassnahmen (Art. 26 KVG), die Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 lit. a und c KVG) sowie die zahnärztlichen Behandlungen (Art. 31 Abs. 1 KVG);
- gemäss lit. e die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände nach Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG;
- gemäss lit. f die Beiträge an die Kosten von Badekuren nach Art. 25 Abs. 2 lit. c KVG;
- gemäss lit. g die zu vergütenden Transport- und Rettungskosten nach Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG.
3.4 In Anbetracht dieser normativen Ausgangslage auf der Stufe des formellen Gesetzes (Erw. 3.1, 3.2) und der bundesrätlichen Verordnung (Erw. 3.3) würde man erwarten, dass das Departement je separate Listen für die verschiedenen Tatbestände des Art. 33 Abs. 1-3 KVG und des Art. 33 lit. a-g KVV aufgestellt hätte. Dem ist jedoch, wie die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zeigt, nicht durchgehend so. Gemäss Art. 1 KLV bezeichnet der hier interessierende Anhang 1 diejenigen Leistungen, die nach Art. 33 Buchstaben a und c KVV von der Leistungskommission

(Art. 37d KVV) geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung):
a) übernommen werden;
b) nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden;
c) nicht übernommen werden.
Vorbehältlich der leistungsmässigen Umschreibung der ärztlichen Psychotherapie (Art. 2 f. KLV) und der von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen verordneten Leistungen (Art. 4 KLV) als Untergruppen gemäss Art. 33 Abs. 1 KVG/Art. 33 lit. a KVV und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die von den nichtärztlichen (nicht chiropraktorischen) Leistungserbringern applizierten Heilanwendungen im Sinne von Art. 33 Abs. 2 KVG/Art. 33 lit. b KVV eine positive (abschliessende; vgl. z.B. BGE 124 V 346 oder BGE 127 V 332 Erw. 3a und 343 Erw. 3b) Aufzählung in den Art. 5 ff. KLV erfahren haben
(nämlich: Physiotherapie [Art. 5 KLV]; Ergotherapie [Art. 6 KLV]; Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim [Art. 7 KLV]; Ernährungsberatung [Art. 9b KLV]; Diabetesberatung [Art. 9c KLV]; Logopädie [Art. 10 und 11 KLV]; Massnahmen der Prävention [Art. 12 KLV]; besondere Leistungen bei Mutterschaft [Art. 13-16 KLV]; zahnärztliche Behandlungen [Art. 17-19a KLV]; Mittel und Gegenstände [Art. 20-24 KLV]; Badekuren, Transport- und Rettungskosten [Art. 25-27 KLV]; Analysen, Arzneimittel, Spezialitäten [Art. 28-38 KLV]),
ist festzustellen, dass der Anhang 1/KLV ein Sammelbecken der bezeichneten Leistungen darstellt. Daher weist er einen äusserst heterogenen rechtlichen Charakter auf (wobei erst noch zu beachten ist, dass die weiteren Anhänge zur KLV, nämlich Anhang 2 betreffend Mittel- und Gegenstände-Liste, Anhang 3 Analysenliste und Anhang 4 Arzneimittelliste mit Tarif, nicht die ärztliche Behandlung als solche im Krankheitsfall betreffen). Der Anhang 1/KLV enthält denn auch unter dem Titel "Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen" folgende einleitende Bemerkungen:
Dieser Anhang stützt sich auf Art. 1 der Leistungsverordnung. Er enthält keine abschliessende Aufzählung der ärztlichen Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen. Er enthält:
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit durch die Leistungskommission geprüft wurde und deren Kosten demgemäss übernommen, allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen oder gar nicht übernommen werden;
- Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch abgeklärt wird, für die jedoch die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen und in einem festgelegten Umfang übernommen werden;
- besonders kostspielige oder schwierige Leistungen, die von der obliga- torischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von hierfür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.
Die KLV und ihre Anhänge unterliegen einer beschränkten richterlichen Überprüfungsbefugnis, welche dem Departement einen weiten Gestaltungsspielraum vorzubehalten hat (BGE 124 V 195 Erw. 6; RKUV 2001 Nr. KV 158 S. 155).
4.
Das kantonale Gericht hat in Erw. 3b, c seines Entscheides den Mischcharakter des Anhanges 1/KLV an sich durchaus erkannt. Es ist mit der Vorinstanz festzustellen, dass Anhang 1/KLV, gesamthaft betrachtet, weder als Negativliste noch als Positivliste noch als beispielhafte Aufzählung der leistungspflichtigen Behandlungen gelten kann. Denn je nachdem, ob es sich bei den Positionen im Anhang 1/KLV um Leistungen im Einzugsbereich des Art. 33 Abs. 1 KVG/Art. 33 lit. a KVV einerseits oder des Art. 33 Abs. 2, 3 KVG/Art. 33 lit. b, c KVV anderseits handelt, ist die Tragweite der fehlenden (oder beschränkten, d.h. an das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, z.B. Indikationen, gebundenen) Aufnahme rechtlich unterschiedlich zu bewerten. Das kantonale Gericht erwägt sodann, der dem Art. 33 Abs. 3 KVG entsprechende Art. 33 lit. c KVV sei eine Art Sonderregelung für ärztliche Leistungen, nämlich Leistungen, welche neu oder umstritten sind und sich deshalb in Abklärung befinden. Diese Abklärung, welche von den gesetzlich vorgesehenen Gremien vorgenommen werden müsse, sei zwingende Voraussetzung für die Aufnahme in den KLV-Anhang und somit Voraussetzung für die Leistungspflicht, woran der Richter nichts ändern könne. Dabei übersieht die
Vorinstanz, dass Gegenstand des Anhangs 1, nach dem ausdrücklichen Wortlaut des Art. 1 KLV, nur jene Leistungen sind, die nach Art. 33 lit. a und c KVV "von der Leistungskommission geprüft wurden" (und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ganz, teilweise oder nicht übernommen werden). Soweit es sich dagegen um eine ärztliche (oder chiropraktorische) Behandlung im Einzugsbereich des Art. 33 Abs. 3 KVG/Art. 33 lit. c KVV handelt, die nicht Gegenstand einer Prüfung durch die Leistungskommissi-

on bildete, greift die oben dargelegte (Erw. 3.2) gesetzliche Vermutung Platz, dass die ärztliche Behandlung den gesetzlichen Prinzipien der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht. Es gibt zahllose ärztliche Behandlungen, welche unstreitig diesen Kriterien entsprechen, jedoch nicht in Anhang 1/KLV figurieren, schon deswegen nicht, weil die Leistungskommission weder die Zeit noch die organisatorischen und personellen Kapazitäten besitzt, alle praktizierten ärztlichen Heilanwendungen zu prüfen. Wendet nun in einem konkreten Krankheitsfall ein Krankenversicherer gegen die von ihm seitens der versicherten Person verlangte Kostenvergütungspflicht ein, die durchgeführte
Behandlung eines Arztes sei neu und in ihrer Wirksamkeit noch nicht anerkannt oder umstritten, so kann dies nach dem Gesagten von vornherein nicht heissen, dass mit dieser Behauptung die Leistungspflicht der Kasse einfach dahinfällt. Vielmehr liegt es im Einzelfall am Krankenversicherer, als gesetzlichem Durchführungsorgan der obligatorischen Krankenversicherung (Erw. 3.1), abzuklären, ob es um eine in die gesetzliche Vermutung des Art. 33 Abs. 1 KVG/Art. 33 lit. a KVV fallende ärztliche Behandlung geht, welche die gesetzlichen Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfüllt, oder aber um eine Methode, die im Sinne des Art. 33 Abs. 3 KVG/Art. 33 lit. c KVV umstritten ist (RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 279). Das Gegenteil annehmen zu wollen, wie es Vorinstanz und Beschwerdegegnerin tun, bedeutete nichts anderes, als dass durch die blosse Behauptung, eine ärztliche Behandlungsmethode sei umstritten, der gesetzliche Kostenvergütungsanspruch für wirtschaftliche, zweckmässige und wirksame ärztliche Behandlung beschnitten werden könnte, und zwar so lange, bis die - hier vom BSV in seiner Vernehmlassung in Aussicht gestellte - allenfalls positiv lautende Stellungnahme der Leistungskommission vorliegt. Das ist mit dem
dargelegten gesetzlichen System der Leistungsbezeichnung unvereinbar. Der Anhang 1/KLV enthält die geprüften Behandlungsarten, welche im Behandlungsfall jedenfalls zu übernehmen, nicht zu übernehmen oder nur unter bestimmten Voraussetzungen zu übernehmen sind, eben all jene Leistungen, hinsichtlich derer, sei es im Rahmen von Art. 33 Abs. 1 oder Abs. 3 KVG/Art. 33 lit. a oder lit. c KVV, eine Stellungnahme der Leistungskommission ergangen ist.

5.

Bei dieser Rechtslage wäre an sich die Sache unter Aufhebung des kantonalen Entscheides und des angefochtenen Einspracheentscheides an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen gewesen, damit sie zur Frage, ob die an der Beschwerdeführerin applizierte Lasertherapie zur Behandlung von Aknenarben die Kriterientrias des Art. 32 Abs. 1 KVG erfüllt, ein fachspezifisches Gutachten einhole. Nun hat gemäss Schreiben des BSV vom 10. September 2002 zwischenzeitlich das Departement auf Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission den Anhang 1/KLV dahin gehend ergänzt, dass es die Lasertherapie von Aknenarben (und auch von Keloiden) per 1. Juli 2002 mit dem Vermerk "nein, in Evaluation" im Anhang 1/KLV aufgeführt hat. Es fragt sich, ob und inwiefern diese Rechtsänderung im laufenden, zwar nicht sistierten, aber noch anhängigen Verfahren zu berücksichtigen ist.

Nach ständiger Rechtsprechung sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. Erw. 1 hievor). Nach dieser intertemporalrechtlichen Regel wäre die Sache, entsprechend den vorstehenden Erwägungen, grundsätzlich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Abklärung mittels einer dermatologischen Expertise, ob es sich bei der an der Beschwerdeführerin applizierten Lasertherapie zur Behandlung von Aknenarben tatsächlich um eine Therapieform handelt, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit derzeit medizinisch (noch) umstritten ist. Nachdem nun aber die Lasertherapie durch entsprechende Aufnahme in den Anhang 1/KLV ab 1. Juli 2002 als noch in Evaluation stehend bezeichnet worden ist und daher nicht als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt, ist a fortiori davon auszugehen, dass diese Behandlungsmethode auch im Zeitpunkt ihrer Durchführung eine umstrittene Leistung darstellte. Deswegen und weil keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Empfehlung der Eidgenössischen Leistungskommission und der departementale Entscheid per 1. Juli 2002 sachfremd oder medizinisch unhaltbar und damit willkürlich wären
(Erw. 3.4 in fine), erübrigen sich dahin gehende Abklärungen nunmehr. Damit ist der abweisende Entscheid der Vorinstanz im Ergebnis zu schützen. Das Sistierungsgesuch des BSV ist gegenstandslos geworden.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 10. Januar 2003

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der I. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: