Urteilskopf

123 V 53

11. Auszug aus dem Urteil vom 20. Februar 1997 i.S. Bundesamt für Militärversicherung gegen B. und Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau
Regeste (de):
Art. 16 Abs. 2 MVG.

Hat die Militärversicherung bei einem bei ihr versicherten Festungswächter, bei dem nach der Methode der Aurikulomedizin eine Amalgamunverträglichkeit diagnostiziert wurde, für die Kosten von Diagnose und Behandlung (Amalgamentfernung, Quecksilberausscheidung) aufzukommen? - Ausführungen zu Entstehung und Tragweite des Wirkungsnachweises gemäss Art. 16 Abs. 2 MVG unter Hinweis auf andere Sozialversicherungszweige (insbesondere Art. 32 KVG).

Regeste (fr):
Art. 16 al. 2 LAM.

L'assurance militaire doit-elle prendre en charge les frais de diagnostic et de traitement (extraction de l'amalgame et élimination du mercure) dans le cas d'un assuré, garde-fortifications, chez qui une anaphylaxie aux amalgames a été diagnostiquée d'après la méthode de l'auriculothérapie ? - Considérations sur l'élaboration et la portée de la règle relative à la preuve de l'efficacité d'une méthode, au sens de l'art. 16 al. 2 LAM, en relation avec d'autres branches des assurances sociales (en particulier l'art. 32 LAMal).

Regesto (it):
Art. 16 cpv. 2 LAM.

Obbligo d'assunzione, da parte dell'assicurazione militare, delle spese relative a diagnosi e cura (rimozione d'amalgama, eliminazione del mercurio) trattandosi di un assicurato, guardia delle fortificazioni, cui è stata diagnosticata un'intolleranza all'amalgama attraverso il metodo della medicina auricolare? - Considerazioni circa la genesi e la portata della prova d'efficacia di cui all'art. 16 cpv. 2 LAM, con riferimento ad altri rami dell'assicurazione sociale (in particolare l'art. 32 LAMal).

Sachverhalt ab Seite 54

BGE 123 V 53 S. 54

A.- Der 1948 geborene B. steht seit April 1983 im Dienste des Festungswachtkorps. Aufgrund verschiedener Beschwerden (Sprunggelenksarthrose; Innenohrschwerhörigkeit; chronisches Lumbovertebralsyndrom; Zervikalbrachialsyndrom; chronische Entzündung der Nasennebenhöhlen) lässt er sich seit längerer Zeit ärztlich behandeln, so unter anderem auch wegen mehrjähriger dumpfer Schmerzen im rechten Oberkiefer. Der deswegen aufgesuchte Zahnarzt (Dr. med. dent. G.) verwies B. zur Abklärung einer allfälligen Amalgamunverträglichkeit an Dr. med. S. Nach durchgeführter aurikulomedizinischer Untersuchung erkannte diese Ärztin auf "Quecksilberunverträglichkeit mit Amalgam - Störfeld Typ I am Zahn 16", weshalb sie die zahnärztliche Amalgamsanierung mit anschliessender medikamentöser Quecksilberentfernung empfahl. Nachdem dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) hierüber mit Anmeldung vom 31. August 1992 Bericht erstattet worden war

und der behandelnde Zahnarzt im Dezember 1992 mit der Entfernung des Amalgams begonnen hatte, teilte das BAMV dem Versicherten mit Schreiben vom 26. Januar 1993 mit, dass es die Kostenübernahme als fraglich erachte, weil der Erfolg der Amalgamentfernung nicht wissenschaftlich belegt sei. Nach Erhalt eines vom behandelnden Zahnarzt gestellten Gesuchs um Kostenübernahme, worin auf die mit der Behandlung eingetretene spontane Besserung des Gesundheitszustandes verwiesen wurde, wandte sich das BAMV durch die Kreisärztin (Dr. med. F.) mit der Frage nach der Wissenschaftlichkeit der durchgeführten Unverträglichkeitsmessung und der Indikation der Amalgamentfernung an Dr. med. dent. R. Dieser hielt in seinem Bericht vom 15. Juli 1993 fest, dass er die Amalgamentfernung mit anschliessender Schwermetallausleitung - aufgrund eigener Untersuchung - eindeutig als indiziert erachte, weil bei B. eine Amalgamunverträglichkeit bestehe, dies "aber nicht im Sinne einer Allergie, sondern in Form einer Mikrointoxikation". Im weiteren räumte er ein, dass die Methode der Aurikulomedizin "immer noch als wissenschaftlich nicht belegt" gelte. Mit Erledigungsvorschlag vom 11. Oktober 1993 lehnte das BAMV die Übernahme der Kosten der Amalgamentfernung und Quecksilberausscheidung ab. Hieran hielt das Amt nach Beizug einer Stellungnahme seines Chefarztes (Dr. med. M.) vom 29. November 1993 mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 1994 fest.

B.- Die dagegen erhobene Beschwerde, mit der B. im wesentlichen die Übernahme der durch die Diagnose der Unverträglichkeit (Fr. 766.70) und die

Entfernung des Amalgams (Fr. 7'490.20) angefallenen Kosten beantragen liess, hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau mit Entscheid vom 7. Dezember 1994 gut. Zur Begründung wurde im wesentlichen ausgeführt, dass die Entfernung der Amalgamfüllungen und die Quecksilberausscheidung aufgrund der Behandlungsergebnisse medizinisch indiziert gewesen seien. Damit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die Krankheitssymptome auf die Amalgamfüllungen zurückgingen, wobei unerheblich bleibe, ob eine Allergie oder eine Mikrointoxikation vorgelegen habe. Im weiteren liess das Verwaltungsgericht den vom BAMV erhobenen Einwand der fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung nicht gelten. Zum einen räume das MVG dem zugelassenen Therapeuten eine gewisse Methodenfreiheit ein, zumal damit - gemäss gesetzgeberischer Absicht - auch künftigen neuen Erkenntnissen über diagnostische und therapeutische Mittel und Methoden Rechnung getragen werden könne. Daraus folge, dass Amalgamentfernung und Quecksilberausscheidung nicht von vornherein als ungeeignet für therapeutische Zwecke und somit als unwissenschaftlich qualifiziert werden könnten. Zum andern sei sich die Lehre darin einig, dass bei Unverträglichkeitserscheinungen zufolge Amalgams die entsprechenden Zahnfüllungen entfernt werden müssten.

C.- Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt das BAMV die Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheides im wesentlichen mit der Begründung, eine Amalgamunverträglichkeit sei nicht erstellt und die erfolgte Entfernung des Amalgams könne nicht als wissenschaftlich gesicherte Therapie gelten. B. lässt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen. (...).

Erwägungen

Aus den Erwägungen:

1. a) Gemäss Art. 16 Abs. 1 MVG in der seit dem 1. Januar 1994 geltenden totalrevidierten Fassung hat der Versicherte Anspruch auf eine zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlung, die geeignet ist, seinen Zustand oder seine Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder vor weiterer Beeinträchtigung zu bewahren. Die Heilbehandlung umfasst nach Art. 16 Abs. 2 MVG namentlich die medizinische Untersuchung und Behandlung sowie die

Pflege, (...), mit Einschluss der Analysen, der Arzneimittel und der weitern zur Therapie

BGE 123 V 53 S. 56

erforderlichen Mittel und Gegenstände (Satz 1). Untersuchung und Behandlung haben mit Mitteln und nach Methoden zu erfolgen, für die der Wirkungsnachweis erbracht ist (Satz 2). b) Mit welchen Mitteln der Wirkungsnachweis gemäss Art. 16 Abs. 2 Satz 2 MVG im einzelnen zu erbringen ist, geht aus dem Gesetz nicht hervor. Ebensowenig vermag in dieser Frage die in den Materialien dokumentierte Entstehungsgeschichte Aufschluss zu vermitteln. Zu Art. 15 Abs. 1 des Entwurfs, der vollumfänglich dem Gesetz gewordenen Art. 16 Abs. 1 MVG entspricht, findet sich in der bundesrätlichen Botschaft vom 27. Juni 1990 der Hinweis, dass damit ein in der Sozialversicherung allgemein anerkannter Grundsatz verankert werde, wonach der Versicherte auf eine angemessene (”zweckmässige und wirtschaftliche”), nicht aber auf eine maximale Behandlung Anspruch habe. Was sodann die einzelnen Mittel und Methoden einer wirksamen Heilbehandlung anbelange, werde der Rahmen in Absatz 2 (von Art. 16 MVG) bewusst weit gefasst, um auch in Zukunft neuen Erkenntnissen über diagnostische und therapeutische Mittel und Methoden rechtzeitig Rechnung tragen zu können (BBl 1990 III 230; vgl. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 1994, § 29 Rz. 14). In diesem Zusammenhang gelangte denn auch an der Sitzung der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit vom 31. Januar 1991 unwidersprochen zum Ausdruck, dass Art. 16 Abs. 2 MVG die Übernahme sinnvoller komplementärmedizinischer Heilmassnahmen ermögliche, wobei mit dem - nicht für jede Behandlung, sondern vor allem bei neuen Methoden zu erbringenden - Wirkungsnachweis denkbaren Missbräuchen vorgebeugt werden könne (vgl. Voten Schwegler und Schoch, S. 3 f. des Protokollauszugs). c) Nach der Weisung des BAMV Nr. 10 über die Heilbehandlung vom 30. Juni 1993, in Kraft seit 1. Januar 1994, gilt der Wirkungsnachweis im Sinne von Art. 16 Abs. 2 Satz 2 MVG als erbracht, wenn die betreffende Untersuchungs- und Behandlungsmethode von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Entscheidend sind dabei das Ergebnis der Erfahrungen und der Erfolg einer bestimmten Therapie (Rz. 14). Im Interesse des Versicherten kann ausnahms- und versuchsweise eine komplementäre Heilmethode (Akupunktur, Homöopathie etc.), deren Wirkungsnachweis nicht erbracht ist, von der Militärversicherung bewilligt und übernommen werden (Rz. 15). d) Im Schrifttum zum früheren MVG in der Fassung vom 20. September 1949 wird zu Art. 16 aMVG (”Der Versicherte hat Anspruch auf ärztliche

BGE 123 V 53 S. 57

Behandlung, Arznei und andere zur Heilung und zur Verbesserung seiner Arbeitsfähigkeit dienende Mittel und Gegenstände...”) im wesentlichen übereinstimmend ausgeführt, dass der Anspruch auf Heilbehandlung bzw. Krankenpflege im Gesetz nicht erschöpfend umschrieben sei. Grundsätzlich würden alle Behandlungen erfasst, die geeignet seien, die Heilung der Gesundheitsschädigung herbeizuführen, den Zustand eines Patienten zu verbessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder zu verzögern oder sonst das Los des Patienten zu mildern. Der Versicherte könne daher nur die angezeigt erscheinenden Leistungen verlangen, was im konkreten Fall eine rein medizinische Frage sei. Was sodann die in Art. 16 Abs. 1 aMVG nebst der ärztlichen Behandlung und Arznei erwähnten Mittel und Gegenstände anbelange, fielen darunter alle Stoffe und Massnahmen zur Besserung oder Linderung von Gesundheitsschädigungen und Gebrechen wie etwa natürliche Heilmittel (Luft, Klima, Sonne), diätetische Massnahmen, physikalische Therapie, Psychotherapie usw. (vgl. zum Ganzen SCHATZ, Kommentar zur Eidg. Militärversicherung, Zürich 1952, S. 109 ff.; VIKTOR LENDI, Der Anspruch des Versicherten aus dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 20. September 1949, Zürcher Diss. 1970, S. 33 f.).

2. a) Das in Art. 16 Abs. 2 Satz 2 MVG verankerte Erfordernis des Wirkungsnachweises findet sich in gleicher Form auch in Art. 15 Abs. 2 der vom Ständerat am 25. September 1991 verabschiedeten (Amtl.Bull. 1991 S 779) Vorlage zu einem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 27. September 1990 (BBl 1991 II 185 ff.). Im Unterschied zur militärversicherungsrechtlichen Regelung sieht indes Art. 15 Abs. 2 Satz 2 ATSG zusätzlich ausdrücklich vor, dass der Bundesrat nach Anhören der von ihm bestellten Fachkommissionen für alle Sozialversicherungszweige Vorschriften über die Zulassung neuer oder umstrittener Mittel und Methoden der Untersuchung und Behandlung erlassen kann (BBl 1991 II 189 und 251). Dieser auf die Ermöglichung weitgehender Übereinstimmung in der Beurteilung neuer oder umstrittener diagnostischer und therapeutischer Mittel abzielende Vorschlag ist im Rahmen der vertieften bundesrätlichen Stellungnahme vom 17. August 1994 nicht näher erörtert worden. Er hat nur insofern eine Ergänzung erfahren, als der Bundesrat gemäss einem 3. Satz von Art. 15 Abs. 2 ATSG dafür sorgt, dass die Anbieter medizinischer Spitzenleistungen Evaluationsregister über

Anwendungsform und Wirksamkeit ihrer Technologien führen (BBl 1994 V 921 ff., 933). b) Der Wirkungsnachweis gemäss Art. 16 Abs. 2 Satz 2 MVG und Art. 15 Abs. 2 ATSG beruht auf einem an sich unbestrittenen Prinzip, dessen Anwendung jedoch in den einzelnen Zweigen des Sozialversicherungsrechts bislang recht unterschiedlich erfolgte (BBl 1991 II 251). aa) Unter der bis Ende 1995 geltenden Ordnung des KUVG vom 13. Juni 1911 war die gesetzliche Leistungspflicht der Krankenkassen für Krankenpflege auf die vom Arzt vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen und die wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen beschränkt (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a und b und Ziff. 2 KUVG; Art. 21 Abs. 1 Vo III über die Krankenversicherung vom 15. Januar 1965). Nach der hiezu ergangenen Rechtsprechung erfüllte eine Behandlungsmethode dann das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung, wenn ihr diese von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis zuteil wurde. Entscheidend waren dabei das Ergebnis der Erfahrungen und der Erfolg einer bestimmten Therapie (BGE 120 V 122 Erw. 1a, 211 Erw. 7a und 476 f. Erw. 4a, BGE 119 V 28 f. Erw. 3a und RKUV 1996 Nr. K 975 S. 70 Erw. 7a und Nr. K 976 S. 81 Erw. 7a, je mit Hinweisen; JEAN-LOUIS DUC, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, S. 210 Rz. 230, inkl. FN 309 und 310). War umstritten, ob eine diagnostische oder therapeutische Massnahme wissenschaftlich, zweckmässig und wirtschaftlich ist, so entschied das Eidg. Departement des Innern (EDI) nach Anhören der Eidg. Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung, ob die Massnahme als Pflichtleistung von den Krankenkassen übernommen werden musste (Art. 12 Abs. 5 KUVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 2 Vo III; vgl. Anhang zur Vo 9 des EDI vom 18. Dezember 1990). Desgleichen bezeichnete das EDI nach Anhören der Fachkommission die von den Kassen gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b und Ziff. 2 KUVG zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen (Art. 21a Vo III; vgl. Vo 7 des EDI vom 13. Dezember 1965). Nach der unter dem KUVG ergangenen Rechtsprechung waren die Meinungsäusserungen der Eidg. Fachkommission für den Richter grundsätzlich nicht verbindlich. Wenn es allerdings darum ging, einen Sachverhalt zu würdigen, der ausschliesslich medizinische Überlegungen beschlug, so wurde der Richter im allgemeinen als nicht in der Lage erachtet zu beurteilen, ob

die Schlussfolgerungen der Fachleute stichhaltig seien; er musste sich deshalb der Kommissionsmeinung anschliessen, sofern diese nicht unhaltbar schien (BGE 120 V 123 Erw. 1a, 119 V 31 Erw. 4b mit Hinweisen; vgl. ferner DUC, a.a.O., S. 208 f. Rz. 228). Das Eidg. Versicherungsgericht hat sodann entschieden, dass in

Fällen, in denen eine medizinische oder therapeutische Massnahme nicht im Anhang zur Vo 9 des EDI vom 18. Dezember 1990 (oder nunmehr im Anhang 1 zur KLV [vgl. hernach Erw. 2c/aa]) aufgeführt und ein entsprechendes Aufnahmeverfahren auch nicht im Gange ist, der Richter die zur Beurteilung der Wissenschaftlichkeit erforderlichen Abklärungen nach den Regeln des Untersuchungsgrundsatzes zu treffen hat (unveröffentlichtes Urteil G. vom 23. Mai 1996). bb) Während für das KUVG der Grundsatz galt, dass die ärztliche Behandlung in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht wissenschaftlich sein muss, und im übrigen auch bestimmt war, wer über die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung entscheidet, enthalten UVG und UVV keine entsprechende Regelung. Dennoch wird das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit auch im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung als selbstverständlich vorausgesetzt (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 289 f.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2. Aufl., Zürich 1995, S. 241 Ziff. II). Gemäss Art. 10 Abs. 3 Satz 1 UVG könnte der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und damit unter anderem auch festlegen, welche Vorkehren als wissenschaftlich anerkannt gelten und wer im Zweifelsfall hierüber zu entscheiden hätte. Von dieser Befugnis hat er bis heute jedoch keinen Gebrauch gemacht, dies weil den betreffenden Fragen in der Unfallversicherung aufgrund von Art. 48 Abs. 1 UVG nicht dieselbe Bedeutung zuzukommen scheint wie in der Krankenversicherung. Denn nach dieser Bestimmung kann der Versicherer (...) die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen. Er darf daher - aufgrund des in der obligatorischen Unfallversicherung geltenden Naturalleistungsprinzips (vgl. RKUV 1995 Nr. U 227 S. 190 mit Hinweis auf FRANÇOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance maladie sociale..., in: Festschrift 75 Jahre EVG, Bern 1992, S. 529 f.) - die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Einzelfall festlegen und damit insbesondere auch über deren wissenschaftliche Anerkennung entscheiden. Dabei wird er sich freilich regelmässig an die Praxis der Krankenversicherung halten und

gerade mit Blick auf die bei ihm liegende Verantwortlichkeit für allfällige Schädigungen durch die Heilbehandlung (Art. 6 Abs. 3 UVG) kaum Vorkehren zulassen, die dort als unwissenschaftlich oder als wissenschaftlich umstritten gelten (MAURER, a.a.O., S. 290 f.; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, S. 192; LOCHER, a.a.O., § 29 Rz. 13; vgl. ferner RKUV 1995 Nr. U 227 S. 190 Erw. 2a und zu Art. 23 KUVG das in SUVA-Rechtsprechungsbeilage 1983 Nr. 4 S. 7 auszugsweise veröffentlichte Urteil Sch. des Eidg. Versicherungsgerichts vom 3. August 1983). cc) Auch in der Invalidenversicherung besteht eine Leistungspflicht bei medizinischen Massnahmen im allgemeinen (Art. 12 IVG) und bei Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) im besonderen unter anderem nur, wenn die Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind (Art. 2 Abs. 1 in fine IVV und Art. 2 Abs. 3 GgV). Rechtsprechungsgemäss findet dabei die auf dem Gebiet der Krankenpflege geltende Definition der Wissenschaftlichkeit grundsätzlich auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung. Ist mithin eine Vorkehr mangels Wissenschaftlichkeit nicht als Pflichtleistung der Krankenkassen nach KUVG anerkannt, so kann sie auch nicht als medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG zu Lasten der Invalidenversicherung gehen (BGE 115 V 195 f. Erw. 4b, BGE 114 V 22 f. Erw. 1a). Diese Einschränkung erscheint um so gebotener, als die Invalidenversicherung die medizinischen Massnahmen als Naturalleistungen erbringt und aufgrund des dieser Leistungsart innewohnenden Eingliederungsrisikos nach Art. 11 IVG bzw. Art. 23 IVV im Falle eines Behandlungsmisserfolges unter Umständen haftbar werden könnte (BGE 114 V 26 Erw. 2d). Abgesehen von den medizinischen Massnahmen gilt das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit ebenso in bezug auf die Sonderschulmassnahmen gemäss Art. 19 IVG, insbesondere diejenigen pädagogisch-therapeutischer Art (Art. 19 Abs. 2 lit. c IVG, Art. 8 Abs. 1 lit. c und Art. 10bis IVV). Massgebend ist dabei jedoch nicht der Begriff der medizinischen, sondern der pädagogischen Wissenschaft (BGE 114 V 26 Erw. 2c und d; unveröffentlichtes Urteil H. vom 12. September 1994). Dementsprechend kann insofern bei Zweifeln hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit - im Unterschied zu den medizinischen Massnahmen - nicht in Anlehnung an die Erkenntnisse der Eidg. Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung

entschieden werden. Stattdessen bilden sich Verwaltung und - im Anfechtungsfall - der Sozialversicherungsrichter ihr Urteil in aller Regel auf der Grundlage entsprechender Gutachten (unveröffentlichte Urteile B. vom 29. August 1994 und B. vom 21. Mai 1990) oder allenfalls sogar unmittelbar gestützt auf die einschlägige Fachliteratur (BGE 114 V 28 Erw. 3b; unveröffentlichtes Urteil M. vom 29. April 1994). dd) Für den Bereich der Ergänzungsleistungen hat die Rechtsprechung klargestellt, dass Art. 3 Abs. 4 lit. e ELG im Hinblick auf die zu verhindernde Unterschreitung eines angemessenen Existenzbedarfs die Ausgaben für sämtliche Arten von Vorkehren erfassen soll, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft zur Heilung, Linderung oder Stabilisierung eines Leidens erforderlich sind (BGE 108 V 241 Erw. 4c, EVGE 1968 S. 69 Erw. 2d). Das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit gemäss Art. 5 lit. a ELKV (in der bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenen Fassung) bezieht sich dabei über den Verordnungswortlaut hinaus nicht nur auf die gemäss Anordnung des Arztes durch medizinische Hilfspersonen durchgeführten, sondern gleichermassen auf die vom Arzt selbst vorgenommenen Massnahmen sowie auf medikamentöse Behandlungen. Was letztere anbelangt, bedeutet dies nicht, dass nur die in der Arzneimittel- und in der Spezialitätenliste enthaltenen Präparate zu vergüten sind; der Vergütungsanspruch erstreckt sich vielmehr auf alle ärztlich verordneten Heilmittel, denen im konkreten Fall die Eigenschaft eines Medikaments nicht abgesprochen werden kann, worunter auch ärztlich verordnete homöopathische Heilmittel fallen können (unveröffentlichtes Urteil H. vom 21. Juni 1993; vgl. ferner Rz. 5040 der vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV [WEL]in der ab 1. Januar 1994 gültig gewesenen Fassung). c) Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass den im Bereich des Krankenversicherungsrechts geltenden Regeln im hier interessierenden Zusammenhang auch für die anderen Zweige der Sozialversicherung grosse Bedeutung zukommt. Es rechtfertigt sich daher, im folgenden auch die mit dem KVG vom 18. März 1994 auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretene neue Ordnung darzustellen. aa) Art. 32 Abs. 1 KVG setzt für eine Übernahme der Kosten bei sämtlichen der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringenden Leistungen (Art. 25 bis 31 KVG) voraus, dass diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach

wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2), wobei sie - ebenso wie die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen - periodisch überprüft wird (Art. 32 Abs. 2 KVG). Nach Art. 33 Abs. 1 KVG kann der Bundesrat die von Ärzten und Ärztinnen (...) erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Gemäss Art. 33 Abs. 3 KVG bestimmt der Bundesrat, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 Satz 1 KVG), wobei er die Aufgaben nach den Abs. 1-3 von Art. 33 KVG dem Departement oder dem Bundesamt übertragen kann (Art. 33 Abs. 5 KVG). Nach Ausübung dieser Subdelegationskompetenz durch den Bundesrat (vgl. Art. 33 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV]) hat das EDI im Rahmen der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) unter anderem die in Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG (bzw. Art. 33 lit. a und c KVV) angesprochenen Leistungen bezeichnet und die Voraussetzungen sowie den Umfang der Kostenübernahme

durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bestimmt (Art. 1 KLV in Verbindung mit Anhang 1).
bb) Besonderes Augenmerk verdient die Entstehung von Art. 32 KVG. Denn der bundesrätliche Gesetzesentwurf enthielt hinsichtlich der Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung insofern eine wichtige Neuerung, als er das Kriterium der wissenschaftlichen Anerkennung ausdrücklich aufgab und nur noch verlangte, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu sein hätten (vgl. Art. 26 Abs. 1 E-KVG). Die Botschaft des Bundesrates zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 führt hiezu aus, dass das Kriterium der Wissenschaftlichkeit in den letzten Jahren und vor allem auch in der Vernehmlassung stark in Zweifel gezogen worden sei. Der Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung werde heute als ungeeignet und zu ungenau erachtet, weshalb er durch denjenigen der Wirksamkeit ersetzt werde. Die Befürchtung, dass damit die Leistungspflicht über die klassische Medizin hinaus auf Massnahmen ausgedehnt werde, die nicht auf einem seriösen medizinischen Ansatz beruhen

BGE 123 V 53 S. 63

würden, sei unbegründet. Denn indem nicht nur Wirksamkeit (allgemeine Eignung), sondern zugleich auch Zweckmässigkeit (angemessene Eignung im Einzelfall) und Wirtschaftlichkeit (angemessenes Kosten-/Nutzenverhältnis) verlangt würden, könnten "unvernünftige" oder zumindest "zweifelhafte" Leistungen ausgeschlossen werden (BBl 1992 I 158 f., 265). Der Gesetzesentwurf hat in den Räten ausführliche Diskussionen ausgelöst, nachdem die vorberatende ständerätliche Kommission den nach der Differenzbereinigung schliesslich in das Gesetz aufgenommenen Zusatz vorgeschlagen hatte, dass die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein müsse (vgl. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 51 f., FN 129). Auf seiten der Befürworter dieses Zusatzes gelangte einhellig zum Ausdruck, dass wissenschaftlich nicht im Sinne von naturwissenschaftlich zu verstehen sei, der Wirkungsnachweis auch etwa mittels Statistik erbracht werden könne und es vor allem nicht darum gehe, damit den Bereich der Komplementärmedizin von der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuschliessen (Amtl.Bull. 1992 S 1303 ff., 1993 N 1845 ff., 1056 ff., 1994 N 17 ff.; Protokoll der ständerätlichen Kommissionssitzungen vom 29./30. Juni 1992 S. 39 f. und vom 12./13. Oktober 1992 S. 43 ff.).

3. Aus diesem vergleichenden Überblick verschiedener Leistungssysteme kann gefolgert werden, dass die Regelung gemäss Art. 16 MVG im Sozialversicherungsrecht des Bundes in verschiedener Hinsicht eine Sonderstellung einnimmt: a) Zum einen umschreibt Art. 16 MVG die Leistungspflicht der Militärversicherung generalklauselartig (Abs. 1 und 2). Damit besteht ein wesentlicher Unterschied zur Krankenversicherung, die unter dem neuen Recht dem Listenprinzip (Art. 34 KVG) folgt (vgl. MAURER, Krankenversicherungsrecht, a.a.O., S. 45). Diese Differenz erscheint als um so ausgeprägter, als die Krankenversicherung - wie früher (Art. 21 Abs. 2 Vo III und Anhang zur Vo 9) - eine zusätzliche Konkretisierung ihrer Leistungspflicht gemäss Empfehlung fachlich berufener Kommissionen auf Verordnungsstufe kennt, und zwar in bezug auf ärztliche Leistungen nunmehr in Form von Negativlisten (Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG; Art. 33 lit. a und c KVV; Art. 1 KLV; vgl. MARKUS MOSER, Erläuterungen durch den Vizedirektor, in: CHSS 1996 H. 2 S. 89). Derselbe Unterschied besteht sodann gegenüber dem Entwurf zu einem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (Art. 15 Abs. 2 Satz 2 ATSG) und - an sich - auch gegenüber der obligatorischen

BGE 123 V 53 S. 64

Unfallversicherung, wo die entsprechende Verordnungsbefugnis des Bundesrates (Art. 10 Abs. 3 UVG) allerdings bislang nicht ausgeschöpft wurde. Der Grund dafür mag darin liegen, dass das UVG dem Naturalleistungsprinzip verpflichtet ist (vgl. Erw. 2b/bb), anders als das Krankenversicherungsrecht, welches dem System

der Kostenvergütung folgt (MAURER, Krankenversicherungsrecht, a.a.O., S. 44). Jenes Prinzip und die damit regelmässig verknüpfte Verantwortung des Versicherers für die Heilbehandlung (vgl. RKUV 1995 Nr. U 227 S. 190) findet sich - genauso wie in der Invalidenversicherung - auch in der Militärversicherung (Art. 16 Abs. 4 und Art. 18 Abs. 1 und 6 MVG) verwirklicht (LOCHER, a.a.O., § 29 Rz. 16 und Vorbemerkungen zum 1. Kap. des 5. Teils, S. 175 Rz. 3; FRANZ SCHWEGLER, Nach 141 Jahren: Beginn der fünften Epoche in der Militärversicherung, in: CHSS 1993 H. 5 S. 6). Dieser Umstand dürfte mitbestimmend dafür gewesen sein, dass von einer eigentlichen Konkretisierung ihrer Leistungspflicht im tieferrangigen Recht abgesehen wurde. b) Zum andern verlangt Art. 16 Abs. 2 MVG für Untersuchung und Behandlung wohl einen Wirkungsnachweis, doch ist - und dies in Anlehnung an Art. 15 Abs. 2 ATSG - das für andere Leistungszweige typische qualitative Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung nicht mehr ausdrücklich aufgenommen worden. Damit unterscheidet sich Art. 16 Abs. 2 MVG nicht nur von Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. a und b und Ziff. 2 KUVG sowie den zuvor dargestellten Leistungsbereichen der Invalidenversicherung (vgl. Erw. 2b/cc). Ein Unterschied besteht vielmehr ebenso gegenüber Art. 32 Abs. 1 KVG, welche Bestimmung ausdrücklich einen Wirkungsnachweis nach wissenschaftlichen Methoden verlangt. Bis auf diesen Kompromiss (vgl. Erw. 2c) vermochte sich die Abkehr vom Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung gemäss Art. 16 Abs. 2 MVG indes auch im Rahmen der parlamentarischen Beratung der Totalrevision des Krankenversicherungsrechts zu behaupten. Ihr liegt gewachsenes Unbehagen gegenüber einem überlieferten Verständnis von Wissenschaftlichkeit zugrunde. Vor allem aber geht sie zurück auf das - bei beiden Reformwerken gleichermassen präsente - Bestreben, bei der Leistungserbringung den Errungenschaften der Komplementärmedizin Rechnung zu tragen (vgl. Erw. 1b und 2c/bb). c) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Militärversicherung im Zusammenhang mit dem Wirkungsnachweis gemäss Art. 16 Abs. 2 MVG nicht nur vom Erfordernis der Wissenschaftlichkeit gelöst hat.

Sie kennt überdies - im wesentlichen Unterschied zur Krankenversicherung sowie zum Allgemeinen Teil Sozialversicherung - auch kein Verfahren, das im Falle streitiger Wirksamkeit eingeschlagen werden und unter Einsatz von Fachkommissionen in die Konkretisierung der Leistungspflicht auf Verordnungsstufe ausmünden könnte. Von diesen Unterschieden abgesehen, stimmen Art. 16 MVG und Art. 32 KVG jedoch insofern überein, als die zu übernehmenden Leistungen nicht nur wirksam, sondern auch zweckmässig und wirtschaftlich zu sein haben (vgl. dazu MAURER, Krankenversicherungsrecht, a.a.O., S. 52).

4. a) Geht es - wie im vorliegenden Fall - um die Beurteilung der Wirksamkeit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme nach Art. 16 Abs. 2 MVG, bieten sich von vornherein dann keine Probleme, wenn deren Übernahme durch die Krankenversicherung ausser Frage steht. Zufolge fehlender Positivlisten im Bereich der ärztlichen Leistungen (Art. 33 Abs. 1 KVG; MOSER, a.a.O., S. 89) vermag indes die Praxis der Krankenversicherung gerade in zweifelhaften Fällen kaum verlässliche Hilfe zu bieten (vgl. die Kritik des Ombudsmannes in KSK-Aktuell 1996 Nr. 5 S. 73), wogegen die Militärversicherung in klaren Fällen ohnehin kaum je versucht sein wird, sich ihrer Leistungspflicht zu entziehen. Bestreitet sie hingegen bei neueren oder noch nicht allgemein anerkannten Vorkehren deren Wirksamkeit, stellt sich die Frage, was aus dem Verzicht auf das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung (Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b KUVG) sowie daraus zu schliessen ist, dass Art. 16 Abs. 2 MVG in bezug auf den nunmehr verlangten Wirkungsnachweis - im Unterschied zum später erlassenen Art. 32 KVG - die Verwendung wissenschaftlicher Methoden nicht eigens erwähnt. In dieser Hinsicht kann zweierlei festgehalten werden: Einerseits folgt aus den Vorarbeiten des Gesetzes (vgl. Erw. 1b) und mit Blick auf die Entwicklung in der Krankenversicherung (vgl. Erw. 2c/bb), dass sich aufgrund der beabsichtigten Ausdehnung der Leistungspflicht auf komplementärmedizinische Methoden eine Beurteilung der Wirksamkeit nicht auf eine naturwissenschaftliche oder gar schulmedizinische Optik beschränken darf. Denn diese Kriterien vermögen jenen Leistungen häufig nicht oder nur unzureichend gerecht zu werden. Insofern erscheint es durchaus als folgerichtig, wenn die Prüfung auf die Frage der Wirksamkeit beschränkt und kein abschliessender Aufschluss über den kausalen Verlauf

und das Verständnis der Wirkungsweise verlangt wird. Zum andern lässt sich aus dem zuvor umschriebenen Verzicht der Schluss nicht ziehen, die Beurteilung der Wirksamkeit habe einzelfallbezogen und retrospektiv aufgrund der konkreten Behandlungsergebnisse zu erfolgen. Vielmehr geht es auch im Rahmen von Art. 16 Abs. 2 MVG um eine vom einzelnen Anwendungsfall gelöste allgemeine Bewertung (vgl. Erw. 1b in fine). Eine Aufgabe dieses Grundsatzes würde bei erfolglosen ärztlichen Bemühungen zu geradezu widersinnigen Ergebnissen führen. Dass dies nicht die Absicht des Gesetzgebers sein konnte, folgt indirekt auch aus dem Konzept des bundesrätlichen Entwurfs zum KVG, der den nach wissenschaftlichen Methoden zu erbringenden Wirkungsnachweis nicht verlangte, jedoch bereits eine regelmässige Überprüfung der Wirksamkeit (Art. 26 Abs. 2 E-KVG) und eine verordnungsmässige Umschreibung der nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu übernehmenden Leistungen vorsah (Art. 27 Abs. 1 E-KVG). b) Dass der Verzicht auf das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung und der unterbliebene Hinweis auf die beim Wirkungsnachweis zu verwendenden wissenschaftlichen Methoden im Bereich der Militärversicherung über das Gesagte hinaus noch eine weitere Bedeutung haben könnte, ist selbst nach Berücksichtigung der Gesetzesmaterialien nicht ersichtlich. Dies erstaunt insofern nicht, als bereits das frühere Recht jedenfalls nach seinem Wortlaut (Art. 16 aMVG) den Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung nicht enthalten hatte (vgl. Erw. 1d). Zum andern darf der in dieser Hinsicht bestehende Unterschied zu Art. 32 Abs. 1 KVG aber auch nicht überbewertet werden. Denn für die in der parlamentarischen Diskussion erfolgte Ergänzung des bundesrätlichen Entwurfs zum KVG mit dem Zusatz des Wirkungsnachweises nach wissenschaftlichen Methoden war wohl letztlich allein die - auch Art. 16 Abs. 2 MVG keineswegs fremde (vgl. Erw. 1b) - Absicht entscheidend gewesen, der gerade im Bereich komplementärmedizinischer Leistungen vermuteten Gefahr des Missbrauchs entgegenzuwirken. c) Die Beurteilung der Wirksamkeit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme obliegt aufgrund der Ausgestaltung des MVG nicht einer Fachkommission, sondern in erster Linie der Verwaltung und - im Streitfall - dem angerufenen Richter. Für beide gilt, dass sie sich nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes - mithin von Amtes wegen, aber unter Mitwirkung der Parteien (BGE 122 V 158 Erw. 1a, BGE 121 V 210 Erw. 6c, je mit Hinweisen) - die entscheidwesentlichen Informationen zu beschaffen haben.

Dabei werden sie mangels eigener Sachkenntnis vor allem bei komplexeren Fragestellungen in aller Regel nicht darauf verzichten können, die Meinungen unabhängiger Experten beizuziehen. An diesen liegt es, über die Wirksamkeit der in Frage stehenden Vorkehr zu berichten. Eine solche Beurteilung kann sich nach dem Gesagten indes nicht an der Anerkennung durch herkömmliche naturwissenschaftliche oder schulmedizinische Forscher und Praktiker ausrichten und hat keinen abschliessenden Aufschluss über die Mechanismen der zu überprüfenden Wirkung zu vermitteln. In diesem Sinne lässt sich die eingangs zitierte Rz. 14 der Verwaltungsweisung (Erw. 1c), die für den Richter nicht verbindlich ist (BGE 122 V 253 Erw. 3d mit Hinweisen), nicht halten. Vorbehältlich der erwähnten Einschränkung werden sich wissenschaftliche Methoden aber auch im Rahmen der Wirksamkeitsbeurteilung nach Art. 16 Abs. 2 MVG als unerlässlich erweisen. Denn der erforderliche Nachweis, dem eine objektivierbare Sicht zugrunde zu liegen hat, lässt sich am ehesten mit Hilfe von statistischen Vergleichswerten erbringen. Davon abgesehen darf bei der Beurteilung der Wirksamkeit im Sinne von Art. 16 Abs. 2 MVG ohne weiteres auf Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die sich aus der vermehrten wissenschaftlichen Durchdringung der Komplementärmedizin im Gefolge ihrer allmählichen Integration in den universitären Lehrbetrieb ergeben.

5. Was die hier zu beurteilende Streitfrage anbelangt, musste sich das Eidg. Versicherungsgericht schon mehrfach mit Fällen befassen, in denen die Übernahme der durch die Entfernung und den Ersatz von Amalgamfüllungen zufolge Quecksilberunverträglichkeit verursachten Kosten in Frage stand. So hat es für den Bereich der Krankenversicherung unter der Geltung des KUVG - ausgehend von der Rechtsprechung zur Frage der Leistungspflicht bei zahnärztlicher Behandlung (vgl. BGE 120 V 195 Erw. 2b) - entschieden, dass die fragliche Behandlung keine Pflichtleistung der Krankenkasse darstellt (RKUV 1995 Nr. K 968 S. 144 Erw. 2a mit Hinweisen). Hingegen hat es die Vergütung dieser Kosten im Rahmen von Art. 3 Abs. 4 lit. e ELG und Art. 6 ELKV (in der bis 31. Dezember 1995 gültig gewesenen Fassung) anerkannt, dies aufgrund des aus verschiedenen Gründen als gegeben erachteten Zusammenhangs zwischen dem Amalgam und den Leiden des betroffenen Versicherten, ohne sich jedoch mit der Frage der Diagnosenstellung eingehender zu befassen (unveröffentlichtes Urteil S. vom 25. August 1992, seinerseits erwähnt in RKUV 1995 Nr. K 968 S. 145 Erw. 2b).

BGE 123 V 53 S. 68

Für den hier zu beurteilenden Fall lässt sich daraus nichts Zwingendes ableiten, da sich diese Urteile mit der Wirksamkeit der streitigen diagnostischen und therapeutischen Methoden nicht auseinandersetzen. Abgesehen davon besteht im vorliegenden Fall mit Art. 16 MVG eine Anspruchsgrundlage, die sich von Art. 12 KUVG und Art. 3 Abs. 4 ELG (vgl. BGE 108 V 241 Erw. 4c u. d; RKUV 1995 Nr. K 968 S. 145 Erw. 2b) in verschiedener Hinsicht unterscheidet.

6. a) Im vorliegenden Fall wird nicht nur die Wirksamkeit der gewählten Behandlungsform, sondern auch diejenige des verwendeten Diagnoseverfahrens bestritten. Die von Dr. med. S. bescheinigte "Quecksilberunverträglichkeit mit Amalgam-Störfeld Typ I am Zahn 16" wurde nach der Methode der sogenannten Aurikulomedizin erhoben. Dabei handelt es sich um ein Akupunkturverfahren ("Ohrakupunktur"), bei dem die Ohrmuschel als Reflexzone des ganzen Körpers herangezogen wird; die Akupunktur-Punkte für die einzelnen Organe oder Körperabschnitte werden dabei auf das Ohr als Modell eines auf dem Kopf stehenden Feten projiziert (ROCHE LEXIKON MEDIZIN, 3. Aufl. 1993, S. 1219; vgl. ferner GODEAU/PIETTE/HERSON, Traité de Médicine, 2. Aufl. 1987, Bd. 2, S. 2894). Die Tauglichkeit dieses Verfahrens wird in der Schulmedizin in Frage gestellt (vgl. exemplarisch: DUDEN, Das Wörterbuch der medizinischen Fachausdrücke, 5. Aufl. 1992, S. 131). Diese Haltung gelangt in den Akten des hier zu beurteilenden Falles deutlich zum Ausdruck, und zwar nicht nur in den Stellungnahmen des beschwerdeführenden Bundesamtes, sondern desgleichen in den Berichten des Dr. med. dent. R. vom 15. Juli 1993 und Dr. med. O. vom 1. Oktober 1993. Allerdings wurde das fragliche Verfahren beim Beschwerdegegner offenbar auch von Dr. R. selbst angewandt, wobei er gegenüber Dr. S. zu einem leicht modifizierten Ergebnis gelangte (Amalgamunverträglichkeit nicht im Sinne einer Allergie, sondern in Form einer Mikrointoxikation). Der zweitgenannte Arzt hielt sodann fest, dass die Amalgamallergie schulmedizinisch umstritten, aufgrund seiner Beobachtungen während der Zahnsanierung (Auftreten von objektivierbaren, indes nicht anders erklärbaren Ödemen) "jedoch nicht ganz von der Hand zu weisen" sei. Aufgrund dieser fallbezogenen Arztberichte lässt sich die Wirksamkeit des streitigen Diagnoseverfahrens nicht beurteilen. Immerhin fällt deren Annahme - nach den vorherigen Ausführungen (vgl. Erw. 4a) - jedenfalls nicht bereits deshalb ausser Betracht, weil sie schulmedizinisch umstritten zu sein scheint.

BGE 123 V 53 S. 69

b) Namentlich der soeben erwähnte Bericht des Dr. R. vom 1. Oktober 1993 macht deutlich, dass sich die vorliegende Streitfrage nicht auf Diagnose und Therapie beschränkt, sondern gleichsam auf die Ursache des Leidens selbst erstreckt. Um die offenbar seit je in Frage gestellte Verwendung quecksilberhaltigen Amalgams als Zahnfüllmaterial und um seine Auswirkungen auf den menschlichen Körper ist unter dem Einfluss

der Massenmedien in den letzten Jahren im In- und Ausland eine eigentliche Kontroverse entbrannt (vgl. etwa LÜBBE/WÜTHRICH, Amalgamallergie und Amalgamkontroverse, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 126/1996 H. 16 S. 661 ff.). Hier im einzelnen darauf einzugehen, erscheint um so entbehrlicher, als sich bereits das kantonale Gericht damit auseinandergesetzt hat. Dieses ist nach Einsicht in das von den Parteien aufgelegte Schrifttum zur Feststellung gelangt, dass die Meinungen über die Gefährlichkeit des Amalgams in der medizinischen Fachwelt auseinandergingen; immerhin könne als wissenschaftlich gesichert gelten, dass die Konzentration von Quecksilberdepots im menschlichen Körper wesentlich von der Menge des in den Zähnen enthaltenen Amalgams abhänge und dieses allergene Reaktionen mit Krankheitswert auszulösen vermöge. Darüber hinaus hat sich das kantonale Gericht zu Recht nicht weiter auf die Kontroverse eingelassen. Ebenso zu Recht wird ihm nunmehr in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde indes vorgeworfen, sich bei seiner nachfolgenden Beurteilung schwergewichtig auf den beim Beschwerdegegner erzielten Therapieerfolg abgestützt zu haben. Damit hat das kantonale Gericht verkannt, dass die Wirksamkeit einer ärztlichen Behandlungsmethode nicht einzelfallbezogen, sondern allgemein zu erfolgen hat (vgl. Erw. 4a).
c) Im vorliegenden Fall scheidet angesichts von Tragweite und Vielschichtigkeit der angesprochenen Thematik die Möglichkeit aus, dass sich der Richter ein abschliessendes Urteil allein nach Einsicht in die Fachliteratur verschaffen könnte (vgl. Erw. 2b/cc in fine). Nach dem Gesagten besteht vielmehr Anlass, zur Frage der Wirksamkeit der hier streitigen diagnostischen und therapeutischen Vorkehren ein Gutachten einzuholen. Bei der Fragestellung und vor allem auch bei der Auswahl des oder der Experten wird in ganz besonderem Masse auf die hievor erarbeiteten Grundsätze zu achten sein. (...).
d) Demnach erfordert die Beurteilung des vorliegenden Falles zusätzliche Abklärungen, insbesondere die Einholung gutachtlicher Stellungnahmen (...). Hiefür ist die Sache an das kantonale Gericht zurückzuweisen.