-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	24.08.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	14.03.2000

3. Instanz

Datum	03.04.2001

Die Revision des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. MÃ¤rz wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist, ob die beklagte Krankenkasse Kosten fÃ¼r MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft mittels intrazytoplasmatischer Spermainjektion (ICSI) zu tragen hat. Diese Technik der extrakorporalen Befruchtung wird im wesentlichen bei Ehepaaren angewandt, die infolge einer FertilitÃ¤tsstÃ¶rung des Mannes auf natÃ¼rlichem Wege keine Kinder zeugen kÃ¶nnen. In solchen FÃ¤llen genÃ¼gt es in der Regel nicht, Samen- und Eizelle zur spontanen Verschmelzung im Reagenzglas zusammenzubringen (In-vitro-Fertilisation). Vielmehr muÃ ein einzelnes Spermium mit Hilfe einer mikroskopisch dÃ¼nnen Nadel unmittelbar in die Eizelle injiziert werden. Die Ã¼brigen Einzelschritte des Verfahrens bestehen ebenso wie bei der In-vitro-Fertilisation darin, durch Hormonbehandlung der Frau mehrere Eizellen verfÃ¼gbar zu machen, dem KÃ¶rper zu entnehmen und nach dem Befruchtungsvorgang als Embryo wieder

in den KÃ¶rper zu Ã¼bertragen (sog Embryonentransfer). Die ICSI wurde 1992 erstmals erfolgreich angewandt und hat sich seitdem auch in Deutschland zunehmend durchgesetzt. Die HÃ¤ufigkeit einer Schwangerschaft wird pro Versuch mit 20 bis 25 % angegeben. Ende 1998 hat die BundesÃ¤rztekammer die ICSI als berufsrechtlich zulÃ¤ssiges Mittel der kÃ¼nstlichen Befruchtung in ihre "Richtlinien zur DurchfÃ¼hrung der assistierten Reproduktion" (DÃ 1998, A-3166) aufgenommen. DemgegenÃ¼ber hatte der BundesausschuÃ der Ãrzte und Krankenkassen bereits am 1. Oktober 1997 eine ErgÃ¤nzung seiner auf Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 10 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) basierenden Richtlinien Ã¼ber Ã¤rztliche MaÃnahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung dahingehend beschlossen, daÃ die ICSI in der gesetzlichen Krankenversicherung bis auf weiteres nicht angewandt werden darf (BAnz 1997 Nr 243). Er hat hieran auch nach der Entscheidung der BundesÃ¤rztekammer ausdrÃ¼cklich festgehalten und dies wie schon zuvor damit begrÃ¼ndet, daÃ nach seiner Auffassung die bisher vorliegenden Unterlagen nicht ausreichen, die Unbedenklichkeit der Technik, insbesondere im Hinblick auf das Risiko einer erhÃ¶hten Rate von Fehlbildungen und genetischen SchÃ¤den bei den nach ICSI geborenen Kindern, zu belegen (vgl das Votum des Arbeitsausschusses Familienplanung vom 5. Oktober 1998 und die gemeinsame Stellungnahme der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung und der SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen vom 26. November 1998 â Die Leistungen 1999, 113).

Der 1964 geborene KlÃ¤ger ist Mitglied der Beklagten; seine Ehefrau ist privat versichert. Der Kinderwunsch der Eheleute konnte wegen einer kombinierten FertilitÃ¤tsstÃ¶rung (Oligo-Astheno-Teratozoospermie beim KlÃ¤ger; Hinweise auf eine Endometriose bei der Ehefrau) bisher nicht verwirklicht werden. Einen Antrag auf Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine extrakorporale Befruchtung mit ICSI beschied die Beklagte mit Schreiben vom 30. Juli 1996 zunÃ¤chst dahin, daÃ sie die Kosten der MaÃnahmen Ã¼bernehme, die bei ihrem Versicherten durchgefÃ¼hrt wÃ¼rden. Es genÃ¼ge, daÃ der KlÃ¤ger dem Arzt seine Krankenversichertenkarte "zur Abrechnung der im Rahmen der In-vitro-Fertilisation der Kasse zugeschriebenen GebÃ¼hrenpositionen" vorlege. Die Eheleute lieÃen die ICSI-Behandlung im August 1996 durchfÃ¼hren und versuchten zunÃ¤chst eine Abrechnung Ã¼ber die private Krankenversicherung der Ehefrau. Als diese sich weigerte, die Kosten zu Ã¼bernehmen, weil es sich um eine Behandlung des Ehemannes handele, erfolgte eine privatÃ¤rztliche Abrechnung zu Lasten des KlÃ¤gers. Die Beklagte lehnte eine Kostenerstattung mit der BegrÃ¼ndung ab, daÃ die ICSI sich noch im Erprobungsstadium befinde. Sie als Krankenkasse des KlÃ¤gers sei im Ã¼brigen nur fÃ¼r diejenigen Leistungen zustÃ¤ndig, die bei ihrem Versicherten durchgefÃ¼hrt wÃ¼rden. Die ICSI mÃ¼sse als Begleitleistung der In-vitro-Fertilisation der Ehefrau zugeordnet und von deren privatem Versicherer Ã¼bernommen werden (Bescheid vom 20. August 1997; Widerspruchsbescheid vom 12. Februar 1998).

Klage und Berufung sind ohne Erfolg geblieben. Nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) kann in dem Schreiben der Beklagten vom 30. Juli 1996 keine Zusicherung einer KostenÃ¼bernahme im Sinne des Â§ 34 Abs 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gesehen werden. Aus dem Inhalt des Schreibens

ergebe sich, daÃ die Beklagte keine Leistung auÃerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung habe erbringen wollen. Auch ein Herstellungsanspruch wegen der unzulÃ¤nglichen Beantwortung des KostenÃ¼bernahmeantrags komme nicht in Betracht. In der Sache selbst kÃ¶nne offenbleiben, ob die ICSI versicherungsrechtlich dem Mann oder der Frau zuzuordnen sei. Der Kostenerstattungsanspruch scheitere schon daran, daÃ die Methode nicht zu den von der Krankenversicherung geschuldeten Leistungen zÃ¤hle. Neuartige Techniken der kÃ¼nstlichen Befruchtung seien genauso wie neue Methoden der Krankenbehandlung erst dann Bestandteil der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung, wenn der BundesausschuÃ der ÃrzteÃ und Krankenkassen ihre Wirksamkeit und ZweckmÃ¤ÃigkeÃit anerkannt habe. Ein dahingehendes Votum habe jedoch nicht vorgelegen. Der BundesausschuÃ habe im Gegenteil im Oktober 1997 in den Richtlinien nach Â§ 27a Abs 4, Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 10 SGB V festgelegt, daÃ die ICSI derzeit nicht als Methode der kÃ¼nstlichen Befruchtung in Betracht komme. Die BegrÃ¼ndung der ablehnenden Entscheidung mit dem ungeklÃ¤rten Fehlbildungsrisiko halte sich im Rahmen der Vorgaben aus Â§ 2 Abs 1 Satz 3 und Â§ 12 Abs 1 SGB V und begegne keinen Bedenken.

Mit seiner Revision rÃ¼gt der KlÃ¤ger eine Verletzung des Â§ 13 Abs 3 und des Â§ 27a SGB V. Die ablehnende Stellungnahme des Bundesausschusses der ÃrzteÃ und Krankenkassen zur ICSI stehe dem Klageanspruch nicht entgegen, denn die Richtlinien des Bundesausschusses seien fÃ¼r das Leistungsrecht der Krankenversicherung nicht verbindlich. Normative Wirkung komme ihnen nicht zu, da dem BundesausschuÃ entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) keine Rechtsetzungsbefugnisse Ã¼bertragen werden kÃ¶nnten. Auch eine indirekte Bindung an die in den Richtlinien ausgesprochenen Empfehlungen scheide im vorliegenden Fall aus, weil der AusschluÃ der ICSI gegen hÃ¶herrangiges Recht verstoÃe. Mit dem Fehlen ausreichender Untersuchungen zu den Risiken der Behandlung kÃ¶nne der LeistungsausschluÃ nicht begrÃ¼ndet werden. Das Gesetz schreibe entsprechende statistische Erhebungen im Rahmen der QualitÃ¤tssicherung nicht vor. FÃ¼r eine erhÃ¶hte Fehlbildungsrate bei den nach ICSI geborenen Kindern bestehe nach derzeitigem Erkenntnisstand kein Anhalt, was ua die BundesÃ¤rztekammer dazu bewogen habe, das Verfahren als unbedenklich einzustufen. Der AusschluÃ der Behandlungsmethode ausschlieÃlich aufgrund eines mÃ¶glichen MiÃbildungsrisikos stelle eine eugenische Entscheidung dar, zu welcher der BundesausschuÃ nicht legitimiert sei.

Der KlÃ¤ger beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. MÃ¤rz 2000 und des Sozialgerichts KÃ¶ln vom 24. August 1998 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. August 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Februar 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem KlÃ¤ger die Kosten der intrazytoplasmatischen Spermainjektion in HÃ¶he von DM 2.392,90 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Im Ã¼brigen bekrÃ¤ftigt sie ihren Standpunkt, fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen MaÃnahmen nicht zustÃ¤ndig zu sein, da es sich ausschlieÃlich um Leistungen bei der Ehefrau des KlÃ¤gers gehandelt habe.

II

Die Revision des KlÃ¤gers ist unbegrÃ¼ndet.

Zutreffend geht das LSG davon aus, daÃ ein Kostenerstattungsanspruch nicht auf das Schreiben der Beklagten vom 30. Juli 1996 gestÃ¼tzt werden kann.

Eine Zusicherung iS von Â§ 34 Abs 1 SGB X, wie sie das Berufungsgericht erwogen hat, kommt insoweit von vornherein nicht in Betracht, denn das genannte Schreiben bezieht sich nicht auf einen noch zu erlassenden Verwaltungsakt, sondern auf die nach Â§ 27a SGB V zu gewÃ¤hrende Leistung selbst. Es kÃ¶nnte daher allenfalls als eine verbindliche Leistungsbewilligung (Kostenzusage) interpretiert werden (vgl BSGE 77, 227, 228 = SozR 3-2500 Â§ 29 Nr 3 S 11; zur Abgrenzung zwischen Zusicherung und abschlieÃender Entscheidung auch: Senatsurteil vom 11. Juli 2000 â SozR 3-1300 Â§ 39 Nr 7 S 10). Eine Kostenzusage ist in dem Schreiben aber weder enthalten, noch konnte sein Inhalt vom KlÃ¤ger bei objektiver WÃ¼rdigung so verstanden werden (zur MaÃgeblichkeit des objektiven EmpfÃ¤ngerhorizonts bei der Auslegung behÃ¶rdlicher WillenserklÃ¤rungen: BSG SozR 3-1300 Â§ 34 Nr 2 S 4; vgl auch BSG Breith 1999, 957, 959). Mit dem als Kurzmitteilung abgefaÃten Brief vom 30. Juli 1996 hatte die Beklagte auf die Vorlage eines Ã¤rztlichen Attests vom 5. Juli 1996 reagiert, in dem der Frauenarzt Dr. P. um Erstattung der Kosten einer extrakorporalen Befruchtung mit ICSI gebeten hatte, weil dies angesichts der beim KlÃ¤ger und seiner Ehefrau bestehenden kombinierten FertilitÃ¤tsstÃ¶rung die einzig sinnvolle Behandlungsalternative darstelle. Die Antwort der Beklagten ging dahin, daÃ die Kasse nur Kosten der MaÃnahmen Ã¼bernehme, die beim KlÃ¤ger durchgefÃ¼hrt wÃ¼rden; zur Abrechnung der im Rahmen der In-vitro-Fertilisation der Kasse zugeschriebenen GebÃ¼hrenpositionen kÃ¶nne dem Arzt einfach die Krankenversichertenkarte vorgelegt werden. Daraus ergab sich gerade nicht, daÃ die Beklagte fÃ¼r die Kosten der Mikroinjektion und des Embryonentransfers aufkommen wollte, denn es handelt sich weder nach allgemeinem SprachverstÃ¤ndnis noch nach der Praxis der Krankenkassen (siehe das Gemeinsame Rundschreiben der SpitzenverbÃ¤nde vom 29. Juni 1990 â WzS 1990, 308) um Leistungen, die "bei" dem KlÃ¤ger ausgefÃ¼hrt werden sollten. Auch bezog sich eine etwaige Zusage allenfalls auf die GewÃ¤hrung von Sachleistungen und nicht auf die Erstattung von Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Behandlung. DemgegenÃ¼ber kann sich der KlÃ¤ger nicht darauf berufen, ihm als Laien seien diese ZusammenhÃ¤nge nicht bekannt gewesen. Es mag sein, daÃ das Antwortschreiben der Beklagten einem mit der Materie nicht vertrauten Leser als Zusage erscheinen konnte. Hier ist aber zu beachten, daÃ die zugrundeliegende Anfrage nicht vom KlÃ¤ger selbst, sondern von seinem mit der Abrechnung medizinischer Leistungen vertrauten Arzt verfaÃt worden war. Angesichts dessen durfte die Beklagte in derselben fachbezogenen Weise antworten und davon ausgehen, daÃ der KlÃ¤ger entweder selbst Ã¼ber den fÃ¼r

eine rechtliche Bewertung erforderlichen Sachverstand verfÃ¼gen oder auch das Antwortschreiben wiederum mit seinem Arzt besprechen werde.

Auch das materielle Recht bietet fÃ¼r die Klageforderung keine Grundlage. Ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs 3 SGB V scheidet aus, weil die Beklagte die streitige Leistung nicht geschuldet hat.

Nach Â§ 27a Abs 1 SGB V umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung medizinische MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft, wenn diese nach Ã¤rztlicher Feststellung erforderlich und erfolgversprechend sind und wenn die Personen, welche die MaÃnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und ausschlieÃlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden (sogenanntes homologes System). Weitere Voraussetzung ist, daÃ sich die Ehegatten vor DurchfÃ¼hrung der MaÃnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst vornimmt, Ã¼ber eine solche Therapie unter BerÃ¼cksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ãrzte oder an eine der Einrichtungen Ã¼berwiesen hat, denen eine Genehmigung nach Â§ 121a SGB V erteilt worden ist. Ob letzteres im vorliegenden Fall geschehen ist, lÃ¤Ãt sich weder dem angefochtenen Urteil noch den darin in Bezug genommenen Akten entnehmen, kann hier aber zugunsten des KlÃ¤gers unterstellt werden.

Die Klage scheitert nicht daran, daÃ Â§ 27a Abs 3 SGB V die Leistungspflicht der Krankenkasse bei der kÃ¼nstlichen Befruchtung auf MaÃnahmen beschrÃ¤nkt, die "bei" ihrem Versicherten durchgefÃ¼hrt werden. Die Leistungen, um deren Kosten es geht, sind zwar nicht beim KlÃ¤ger, sondern auÃerhalb des KÃ¶rpers in einem KulturgefÃ¤Ã ("in vitro") bzw â wie die Eizellgewinnung und der Embryonentransfer â im wesentlichen bei der Ehefrau erbracht worden. Â§ 27a Abs 3 SGB V kann aber entgegen dem Eindruck, den der Wortlaut vermittelt, nicht dahin verstanden werden, daÃ die jeweilige Krankenkasse nur fÃ¼r Untersuchungen oder Eingriffe aufzukommen habe, die unmittelbar am KÃ¶rper ihres Versicherten vorgenommen werden. WÃ¼rde die Vorschrift so ausgelegt, blieben bei den in der Praxis dominierenden Verfahren der extrakorporalen Befruchtung die wesentlichen Teile der Behandlung von der Leistungspflicht ausgenommen, weil sie sich, wie die In-vitro-Fertilisation und die Spermainjektion, keinem der Ehegatten zuordnen lassen. Ein teilweiser LeistungsausschluÃ war aber mit der Regelung nicht beabsichtigt. Ausweislich der GesetzesbegrÃ¼ndung (BT-Drucks 11/6770, S 15) sollte lediglich "klargestellt werden, daÃ â fÃ¼r den Fall, daÃ die Ehegatten nicht in derselben Krankenkasse versichert sind oder daÃ nur einer der Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist â die Leistungen fÃ¼r den anderen Ehegatten keine Nebenleistungen zu den Leistungen an dem versicherten Ehegatten und daher nicht von seiner Krankenkasse zu Ã¼bernehmen sind". Der Gesetzgeber wollte offensichtlich SchluÃfolgerungen entgegenwirken, wie sie die Rechtsprechung in anderen FÃ¤llen der Einbeziehung Dritter in eine Behandlung gezogen hatte (vgl etwa BSGE 35, 102, 103 = SozR Nr 54 zu Â§ 182 RVO; BSGE 79, 53, 54 = SozR 3-2500 Â§ 27 Nr 7 S 22 zur Behandlung des Organspenders als Nebenleistung bei der Organtransplantation; BSG SozR 2200 Â§ 199 Nr 4 S 8 zur Anstaltspflege fÃ¼r einen

gesunden SÃ¤ugling als Nebenleistung zur Entbindungsanstaltspflege der Mutter). Durch Â§ 27a Abs 3 SGB V werden daher im Ergebnis nur solche MaÃnahmen von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommen, die unmittelbar und ausschlieÃlich am KÃ¶rper des anderen, nicht bei ihr versicherten Ehegatten ausgefÃ¼hrt werden. Darum handelt es sich hier nicht, denn die streitigen Kosten betreffen sÃ¤mtlich Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der ZusammenfÃ¼hrung der Keimzellen auÃerhalb des KÃ¶rpers stehen.

Welchem Ehegatten diese extrakorporalen MaÃnahmen zugerechnet werden und wessen Krankenkasse sie zu erbringen hat, ist dem Gesetz unmittelbar nicht zu entnehmen. Die wegen des Standorts der Vorschrift im Leistungsrecht der Krankenversicherung naheliegende Annahme, die nicht unmittelbar personenbezogenen Leistungen sollten der Versicherung desjenigen Partners angelastet werden, dessen InfertilitÃ¤t die Behandlung notwendig macht, erweist sich bei nÃ¤herer Betrachtung als nicht zwingend. Denn obwohl Â§ 27a Abs 1 SGB V die MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft rechtstechnisch den Leistungen der Krankenbehandlung zuordnet, handelt es sich nicht um Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne. Das Gesetz knÃ¼pft die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht an einen regelwidrigen KÃ¶rper- oder Geisteszustand ihres Mitglieds, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaares und die daraus resultierende Notwendigkeit einer kÃ¼nstlichen Befruchtung. Vorausgesetzt wird allein, daÃ die vorgesehenen MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung der gewÃ¼nschten Schwangerschaft erforderlich und erfolgversprechend sind. Welche UmstÃ¤nde die InfertilitÃ¤t verursachen und ob ihr eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne zugrunde liegt, ist unerheblich. Ein Leistungsanspruch besteht auch dann, wenn keiner der Eheleute nachweisbar krank ist und die Unfruchtbarkeit des Paares medizinisch nicht erklÃ¤rt werden kann (sog idiopathische SterilitÃ¤t); denn aus medizinischer Sicht wird auch bei dieser Fallgestaltung eine Indikation zur kÃ¼nstlichen Befruchtung bejaht (vgl Nr 3.2.1 der Richtlinien der BundesÃ¤rztekammer zur DurchfÃ¼hrung der assistierten Reproduktion, DÃ 1998, A-3166). Nicht die Krankheit, sondern die UnfÃ¤higkeit des Paares, auf natÃ¼rlichem Wege Kinder zu zeugen und die daraus resultierende Notwendigkeit einer kÃ¼nstlichen Befruchtung bildet den Versicherungsfall.

FÃ¼r die Absicht des Gesetzgebers, mit der Indikation zur kÃ¼nstlichen Befruchtung einen eigenstÃ¤ndigen Versicherungsfall zu schaffen, sprechen auch die Entstehungsgeschichte des Â§ 27a SGB V und die GesetzesbegrÃ¼ndung (zur Rechtsentwicklung vgl auch Urteil des 8. Senats des BSG vom 25. Mai 2000 â SozR 3-2500 Â§ 27a Nr 1 S 3 f â Kryokonservierung). Ob MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶ren, war bis zum Inkrafttreten des SGB V streitig und in der Rechtsprechung nicht geklÃ¤rt (vgl BSGE 66, 248, 249 f = SozR 3-2200 Â§ 182 Nr 2 S 4 f; LSG Rheinland-Pfalz, MedR 1987, 130, 131; LSG Niedersachsen, Breith 1989, 712, 713). Im Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) hat der Gesetzgeber die Frage durch die AusschluÃvorschrift des damaligen Â§ 27 Satz 5 SGB V zunÃ¤chst negativ entschieden, weil er davon ausging, daÃ "Leistungen, mit denen eine kÃ¼nstliche Befruchtung herbeigefÃ¼hrt wird, auÃerhalb des Aufgabenbereichs der GKV liegen" (so die amtliche BegrÃ¼ndung zum Entwurf der

Bundesregierung, BT-Drucks 11/2237 S 170). Mit der EinfÃ¼hrung des Â§ 27a SGB V durch das KOV-Anpassungsgesetz vom 26. Juni 1990 (KOV-AnpG 1990, BGBl I 1211) hat er diese Position zwar aufgegeben, zugleich aber die Sonderstellung der kÃ¼nstlichen Befruchtung im Leistungssystem der Krankenversicherung deutlich gemacht. In der GesetzesbegrÃ¼ndung wird nicht auf den einzelnen von Unfruchtbarkeit betroffenen Ehepartner abgestellt, sondern "den Ehegatten" ein Anspruch auf MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung eingerÃ¤umt (BT-Drucks 11/6760 S 10). Dieser Anspruch wird von den BehandlungsmaÃnahmen nach Â§ 27 SGB V abgegrenzt; er besteht erst, wenn diese keine hinreichende Aussicht auf Erfolg (mehr) bieten, nicht mÃ¶glich oder unzumutbar sind (BT-Drucks 11/6760 S 14). Die kÃ¼nstliche Befruchtung wird nur deshalb der Krankenbehandlung gleichgestellt, damit die einschlÃ¤gigen Regelungen des SGB V auf sie anwendbar und besondere Verweisungsvorschriften entbehrlich sind (vgl BT-Drucks 11/6760 S 14 f und die Stellungnahme des Vertreters der Bundesregierung in der 122. Sitzung des Ausschusses fÃ¼r Arbeit und Sozialordnung vom 25. April 1990, Protokolle des Deutschen Bundestages, 11. Wahlperiode, Protokoll Nr 122 S 17).

Die Bindung des Anspruchs auf MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung an einen regelwidrigen Gesundheitszustand des Versicherten lieÃe sich schlieÃlich mit der Leistungszusage in Â§ 27a Abs 1 SGB V nicht vereinbaren, denn sie hÃ¤tte zur Folge, daÃ der gesunde Partner die Kosten der MaÃnahmen, die bei ihm erbracht werden, selbst tragen mÃ¼Ãte. Es kann jedoch ausgeschlossen werden, daÃ der Gesetzgeber die an dem gesunden Partner notwendig vorzunehmenden medizinischen MaÃnahmen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung ausnehmen wollte. Gegenteiliges lÃ¤Ãt sich auch der bereits angesprochenen Regelung in Â§ 27a Abs 3 SGB V nicht entnehmen. Die Vorschrift begrenzt zwar die LeistungszustÃ¤ndigkeit der einzelnen Krankenkasse, besagt aber nicht, daÃ die bei dem anderen Ehegatten durchzufÃ¼hrenden Leistungen nicht Gegenstand der Versicherung wÃ¤ren. Vielmehr wird lediglich die Kostenlast zwischen den beteiligten Kassen aufgeteilt. Sind beide Eheleute gesetzlich versichert, kÃ¶nnen sie zusammen die Ãbernahme aller zur HerbeifÃ¼hrung der Schwangerschaft notwendigen medizinischen Leistungen verlangen, ohne daÃ es darauf ankommt, bei wem die Ursache fÃ¼r die Kinderlosigkeit zu suchen ist. Daraus ergibt sich als Konsequenz, daÃ (auch) der gesunde Ehegatte gegen seine Kasse einen Anspruch erwerben kann, obwohl bei ihm keine behandlungsbedÃ¼rftige StÃ¶rung besteht und ein entsprechender Versicherungsfall mithin nicht eingetreten ist. Hieran zeigt sich wiederum, daÃ in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Krankheit des versicherten Ehepartners, sondern die SterilitÃ¤t des Paares den Anspruch auf MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung begrÃ¼ndet.

Aus diesem Befund folgt, daÃ bei ungewollter Kinderlosigkeit grundsÃ¤tzlich jeder Ehegatte gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf alle zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft notwendigen MaÃnahmen hat und nur die in Â§ 27a Abs 3 SGB V genannten "Nebenleistungen" bei dem anderen Ehegatten hiervon ausgenommen sind. Sind beide Eheleute gesetzlich krankenversichert, muÃ allerdings die zustÃ¤ndige Krankenkasse bestimmt werden, weil die Leistungen im Ergebnis nur einmal beansprucht werden kÃ¶nnen. Da sich die EinzelansprÃ¼che der Eheleute bei dieser Konstellation lÃ¼ckenlos zu einem Anrecht des Paares auf

alle fÃ¼r die kÃ¼nstliche Befruchtung notwendigen Leistungen ergÃ¤nzen, muÃ sich die KassenzustÃ¤ndigkeit nicht zwangslÃ¤ufig nach der Ursache der FruchtbarkeitsstÃ¶rung richten, sondern kann, ohne daÃ dem Ehepaar ein Nachteil entsteht, auch nach ZweckmÃ¤Ãigkeitsgesichtspunkten bestimmt werden, um den beteiligten Kassen eine praktikable, unnÃ¶tigen Verwaltungsaufwand vermeidende Handhabung zu ermÃ¶glichen. Der Senat hat deshalb fÃ¼r diese FÃ¤lle die auf dem Gemeinsamen Rundschreiben der SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen vom 29. Juni 1990 (WzS 1990, 308) basierende und auch in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber Ã¤rztliche MaÃnahmen zur kÃ¼nstlichen Befruchtung vom 14. August 1990 (BArbBl 12 S 21 unter Ziffer 3) vorgesehene Verfahrensweise gebilligt, unabhÃ¤ngig von den Ursachen der Kinderlosigkeit grundsÃ¤tzlich alle extrakorporalen MaÃnahmen kostenmÃ¤Ãig der Kasse der Frau zuzuordnen, bei der die Schwangerschaft eintreten soll (Urteil vom 3. April 2001 â B 1 KR 40/00 R, zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Die LeistungsansprÃ¼che der Ehegatten werden dadurch aber nicht berÃ¼hrt, so daÃ die Kasse ihrem Versicherten grundsÃ¤tzlich nicht entgegenhalten kann, die Kosten der In-vitro-Fertilisation und der Spermainjektion mÃ¼Ãten von der Versicherung des anderen Ehegatten getragen werden. Das gilt namentlich dann, wenn nur der eine Ehegatte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und der andere privat versichert ist. Die Rechtslage in der privaten Krankenversicherung oder im Beihilferecht unterscheidet sich wesentlich von derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es gibt dort fÃ¼r MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung keine gesonderte Regelung; sie kÃ¶nnen deshalb nur beansprucht werden, soweit sie sich als medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten bzw beihilfeberechtigten Person wegen Krankheit darstellen (vgl Â§ 1 der Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung fÃ¼r die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und dazu BGH NJW 1998, 824 = VersR 1998, 87 = MDR 1998, 285; zum HeilfÃ¼rsorgeanspruch im Ã¶ffentlichen Dienst: VGH Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27. Oktober 1993 â 11 S 498/93). Ist â wie im vorliegenden Fall â nur der Ehemann Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und besteht bei ihm die krankhafte StÃ¶rung, derentwegen eine kÃ¼nstliche Befruchtung notwendig ist, bliebe dem betroffenen Ehepaar die in Â§ 27a Abs 1 SGB V zugesagte Behandlung im Ergebnis versagt, weil bei dem mÃ¤nnlichen Partner â von dem seltenen Ausnahmefall der Notwendigkeit einer operativen Spermienentnahme aus den Hoden oder Nebenhoden abgesehen â keine medizinischen Leistungen anfallen und sowohl die In-vitro-Fertilisation als auch die ICSI als extrakorporale MaÃnahmen der Frau zugerechnet wÃ¼rden, deren private Versicherung und/oder Beihilfe jedoch mangels Krankheit nicht eintrÃ¤te. Ein solches Ergebnis lieÃe sich mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbaren.

Wenn der KlÃ¤ger somit auch im Grundsatz alle zur extrakorporalen Befruchtung notwendigen medizinischen Leistungen mit Ausnahme der bei seiner Ehefrau vorzunehmenden MaÃnahmen von seiner Krankenkasse verlangen kann, so scheitert er mit dem erhobenen Anspruch dennoch, weil die ICSI zur Zeit der Behandlung im August 1996 (noch) nicht zu den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Methoden der kÃ¼nstlichen Befruchtung gehÃ¶rte. Letzteres folgt aus Â§ 135 Abs 1 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien

des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die EinfÃ¼hrung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien). Nach Â§ 135 Abs 1 SGB V in der hier anzuwendenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) dÃ¼rfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der BundesausschuÃ in Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V Empfehlungen ua Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Damit wird zugleich der Leistungsanspruch des Versicherten begrenzt: Solange der BundesausschuÃ die umstrittene Therapie nicht empfohlen hat, ist nicht nur ein entsprechender Sachleistungsanspruch, sondern auch eine Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs 3 SGB V ausgeschlossen. Denn letztere kann nur fÃ¼r Leistungen beansprucht werden, die zumindest ihrer Art nach zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶ren (stÃ¤ndige Rechtsprechung, siehe zuletzt Senatsurteil vom 28. MÃ¤rz 2000 â BSGE 86, 54, 56 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 14 S 61 f mwN).

Neuartige Methoden der kÃ¼nstlichen Befruchtung sind von dem Erlaubnisvorbehalt in Â§ 135 Abs 1 SGB V nicht ausgenommen. Die Zuordnung der MaÃnahmen nach Â§ 27a SGB V zur Krankenbehandlung bewirkt, daÃ die fÃ¼r die Krankenbehandlung maÃgebenden Vorschriften auch fÃ¼r sie gelten, soweit das Gesetz keine abweichenden Regelungen trifft. Das ist fÃ¼r die in Rede stehende Materie weder ausdrÃ¼cklich noch sinngemÃ¤Ã geschehen. Es ist auch nichts dafÃ¼r ersichtlich, daÃ der Gesetzgeber medizinische MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft abweichend von anderen Ã¤rztlichen Therapieverfahren ohne vorherige QualitÃ¤tsprÃ¼fung zur Anwendung kommen lassen wollte. Sein Konzept, durch ein Zulassungsverfahren im BundesausschuÃ der Ãrzte und Krankenkassen sicherzustellen, daÃ nur ausreichend erprobte und medizinisch sinnvolle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden neu in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen werden, bezieht sich auf die ambulante Ã¤rztliche Versorgung in ihrer Gesamtheit und schlieÃt deshalb MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung mit ein. Die Geltung des Â§ 135 Abs 1 SGB V wird schlieÃlich nicht dadurch in Frage gestellt, daÃ die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft gemÃ¤Ã Â§ 27a Abs 4 SGB V in besonderen Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 10 SGB V zu regeln sind. Entgegen der Auffassung des LSG wird die ErmÃ¤chtigung zum ErlaÃ von Richtlinien Ã¼ber die EinfÃ¼hrung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V durch diese spezielle ErmÃ¤chtigung nicht verdrÃ¤ngt. Der Regelungsauftrag in Â§ 27a Abs 4 SGB V beschrÃ¤nkt sich nach Wortlaut und Systematik auf eine Konkretisierung der in Absatz 1 der Vorschrift aufgestellten Leistungsvoraussetzungen. Dazu gehÃ¶ren Regelungen Ã¼ber die Indikationen fÃ¼r die einzelnen Befruchtungstechniken, die Kriterien fÃ¼r die Feststellung der geforderten Erfolgsaussicht oder die Anforderungen an die fachliche Qualifikation des unterrichtenden Arztes sowie weitere Einzelheiten der DurchfÃ¼hrung der MaÃnahmen (vgl die amtliche BegrÃ¼ndung zum Entwurf des KOV-AnpG 1990, BT-Drucks 11/6760 S 15). Dagegen kann der Vorschrift keine Befugnis entnommen werden, Ã¼ber die

Zulassung von Methoden der kÃ¼nstlichen Befruchtung zu befinden oder solche Methoden von der Leistungspflicht der Krankenversicherung auszuschlieÃen. Aber auch wenn dies anders beurteilt wÃ¼rde und Â§ 27a Abs 4 SGB V LeistungsausschlÃ¼sse grundsÃ¤tzlich zulieÃe, wÃ¤ren die hier interessierenden Entscheidungen aus rechtssystematischen GrÃ¼nden in den Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V zu treffen. Denn Â§ 135 Abs 1 SGB V erweist sich bei neuen MaÃnahmen der kÃ¼nstlichen Befruchtung als die gegenÃ¼ber Â§ 27a Abs 4 SGB V speziellere ErmÃ¤chtigungsnorm. Methoden zur Ãberwindung der SterilitÃ¤t stellen zwar einen Teilbereich der Gesamtheit der Behandlungsmethoden dar; hiervon sind die neuen Methoden der kÃ¼nstlichen Befruchtung jedoch wiederum eine Untergruppe, so daÃ die fÃ¼r die EinfÃ¼hrung neuer Methoden getroffenen Regelungen vorrangig sind.

Bei der kÃ¼nstlichen Befruchtung mittels Spermainjektion handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode iS von Â§ 135 Abs 1 SGB V. Die ICSI ist bisher nicht Gegenstand der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung. Der Einheitliche BewertungsmaÃstab fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen enthÃ¤lt Abrechnungsziffern nur fÃ¼r die einfache In-vitro-Fertilisation einschlieÃlich Embryotransfer (GebÃ¼hrennummern 1180 ff). Darunter lÃ¤Ãt sich die ICSI nicht subsumieren, so daÃ sie als Sachleistung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht und abgerechnet werden kann. Eine Verwandtschaft zu einer anerkannten Methode, die eine QualitÃ¤tsprÃ¼fung erÃ¼brigen kÃ¶nnte, ist nicht erkennbar. Die Gemeinsamkeit mit der konventionellen In-vitro-Fertilisation ohne ICSI erschÃ¶pft sich darin, daÃ die Befruchtung extrakorporal stattfindet und daÃ deshalb Eizellen und Spermien dem KÃ¶rper entnommen sowie Embryonen in den KÃ¶rper eingebracht werden mÃ¼ssen. Der Befruchtungsvorgang selbst wird bei der In-vitro-Fertilisation lediglich begÃ¼nstigt, wÃ¤hrend er bei der ICSI gezielt manipuliert wird. Infolgedessen kann die medizinische Bewertung des Zusammenbringens von Samen- und Eizelle in einer die Befruchtung begÃ¼nstigenden Umgebung bei der In-vitro-Fertilisation auf den technisch vÃ¶llig anderen Vorgang des Eindringens in die Eizelle mit einer Injektionsnadel bei der ICSI nicht Ã¼bertragen werden. Die Tatsache, daÃ die In-vitro-Fertilisation vorwiegend bei FunktionsstÃ¶rungen der weiblichen Eileiter, die ICSI dagegen bei gestÃ¶rter FertilitÃ¤t des Mannes zum Einsatz kommt, unterstreicht ebenso wie die Diskussion um die ethische Vertretbarkeit und die besonderen Risiken der ICSI die Notwendigkeit einer eigenstÃ¤ndigen medizinischen Bewertung dieser Befruchtungstechnik.

Unter diesen UmstÃ¤nden fÃ¤llt nicht ins Gewicht, daÃ die ICSI nicht auf anderen medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen beruht als die In-vitro-Fertilisation. Nach der Rechtsprechung des Senats hat ein medizinisches Vorgehen allerdings regelmÃ¤Ãig nur dann die QualitÃ¤t einer Behandlungsmethode, wenn ihm ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das es von anderen Therapieverfahren unterscheidet und seine systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (Urteil vom 23. Juli 1998 â BSGE 82, 233, 237 = SozR 3-2500 Â§ 31 Nr 5 S 19; Urteil vom 28. MÃ¤rz 2000 â BSGE 86, 54, 57 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 14 S 70; ebenso Urteil des 6. Senats vom 25. August 1999 â BSGE 84, 247, 250 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 11 S 50). Diese inhaltliche PrÃ¤zisierung dient der Abgrenzung der Behandlungsmethode von der

einzelnen vertragsÃ¤rztlichen Leistung. Die Aufgabe des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen, vor der Einbeziehung neuer medizinischer Verfahren in die ambulante vertragsÃ¤rztliche Versorgung deren QualitÃ¤t und Wirtschaftlichkeit zu prÃ¼fen und gegebenenfalls persÃ¶nliche und apparative Voraussetzungen fÃ¼r eine sachgerechte Anwendung festzulegen, kann sich naturgemÃ¤Ã nicht auf einzelne Ã¤rztliche MaÃnahmen oder Verrichtungen, sondern nur auf leistungsÃ¼bergreifende methodische Konzepte beziehen, die auf ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Ziel ausgerichtet sind. Eine eigenstÃ¤ndige theoretische Fundierung ist bei der ICSI nicht erkennbar, denn es geht ebenso wie bei anderen Methoden der kÃ¼nstlichen Befruchtung lediglich darum, die von einer FertilitÃ¤tsstÃ¶rung herrÃ¼hrenden Hindernisse fÃ¼r den Befruchtungsvorgang zu Ã¼berwinden. Die medizinische ErklÃ¤rung fÃ¼r die jeweilige Vorgehensweise erschÃ¶pft sich in der Kenntnis des Ã¤uÃeren Ablaufs der Befruchtung und hat â auch in Abgrenzung zu anderen Verfahren â keine darÃ¼ber hinausreichende wissenschaftliche Grundlage. Trotzdem unterfÃ¤llt die ICSI dem Anwendungsbereich des Â§ 135 SGB V. Der Begriff der Behandlungsmethode muÃ in erster Linie vom Zweck der Vorschrift her bestimmt werden, wobei sich die Notwendigkeit der QualitÃ¤tssicherung nicht nur aus der neuartigen, bisher nicht erprobten Wirkungsweise einer Behandlung, sondern auch aus der KomplexitÃ¤t des technischen Ablaufs oder aus dem Vorliegen unbekannter, bisher nicht ausreichend erforschter Risiken ergeben kann. Die kÃ¼nstliche Befruchtung mittels ICSI ist ersichtlich keine untergeordnete Einzelleistung, die ihre Rechtfertigung erst in der Kombination mit anderen MaÃnahmen aus einem Ã¼bergreifenden theoretischen Konzept bezieht. Zwar ist die Mikroinjektion als solche nur eine einzelne Ã¤rztliche Verrichtung im Rahmen der GesamtmaÃnahme; sie gibt aber dieser Art der kÃ¼nstlichen Befruchtung erst ihr GeprÃ¤ge. Durch das mechanische Eindringen in die Eizelle erÃ¶ffnet sie neue MÃ¶glichkeiten der Ãberwindung (auch) andrologischer FertilitÃ¤tsstÃ¶rungen und schafft zugleich neue gesundheitliche Risiken. Nach Sinn und Zweck des Â§ 135 Abs 1 SGB V kann deshalb auf eine gesonderte QualitÃ¤tsprÃ¼fung nicht verzichtet werden. Daran Ã¤ndert nichts, daÃ der Gesetzgeber bei den MaÃnahmen zur HerbeifÃ¼hrung einer Schwangerschaft bestimmte Risiken wie die Gefahr von Fehlbildungen oder genetischen SchÃ¤den bei den durch kÃ¼nstliche Befruchtung gezeugten Kindern bewuÃt in Kauf genommen und einer Bewertung durch den BundesausschuÃ entzogen hat (dazu Senatsurteil vom 3. April 2001 â B 1 KR 40/00 R, zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Andere mit der ICSI verbundene methodenspezifische Gefahren, die sich ebenfalls auf die Beurteilung der ZweckmÃ¤Ãigkeit und der Erfolgsaussichten der Vorgehensweise auswirken, bleiben davon unberÃ¼hrt.

Bis zur DurchfÃ¼hrung der hier streitigen kÃ¼nstlichen Befruchtung im August 1996 hatte der BundesausschuÃ der Ãrzte und Krankenkassen die PrÃ¼fung der ICSI noch nicht abgeschlossen und sich weder in den NUB-Richtlinien noch in den Richtlinien zur kÃ¼nstlichen Befruchtung zur Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie zum therapeutischen Nutzen der Methode geÃ¤uÃert. Damit war zum damaligen Zeitpunkt ihre Anwendung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen. Der AusschluÃ nicht anerkannter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nach MaÃgabe des

Â§ 135 Abs 1 SGB V verletzt kein Verfassungsrecht. Mit der ZulÃ¤ssigkeit der Ãbertragung von Rechtssetzungsbefugnissen auf die BundesausschÃ¼sse der (Zahn)Ãrzte und Krankenkassen hat sich das BSG wiederholt befaÃt und dabei auch zu den von der Revision aufgegriffenen verfassungsrechtlichen EinwÃ¤nden ausfÃ¼hrlich Stellung genommen (siehe ua Urteile des erkennenden Senats vom 16. September 1997 â BSGE 81, 73, 80 ff = SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 7 S 55 ff und des 6. Senats vom 18. MÃ¤rz 1998 â BSGE 82, 41, 46 ff = SozR 3-2500 Â§ 103 Nr 2 S 15 ff). Das Vorbringen im jetzigen ProzeÃ gibt keine Veranlassung, die bisherige Beurteilung zu Ã¤ndern.

Das Fehlen einer Empfehlung des Bundesausschusses zum Zeitpunkt der Behandlung im August 1996 begrÃ¼ndet auch keinen Systemmangel, aus dem der KlÃ¤ger Rechte herleiten kÃ¶nnte. Ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, daÃ das Verfahren vor dem BundesausschuÃ trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine ÃberprÃ¼fung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen willkÃ¼rlich oder aus sachfremden ErwÃ¤gungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt wird. Denn in einem solchen Fall dient der Erlaubnisvorbehalt des Â§ 135 Abs 1 SGB V nicht mehr der QualitÃ¤tssicherung und die hieraus entstehende VersorgungslÃ¼cke muÃ zugunsten des Versicherten mit Hilfe des Â§ 13 Abs 3 SGB V geschlossen werden (vgl BSGE 81, 54, 65 f = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 21; BSGE 86, 54, 60 f = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 14 S 66 f). FÃ¼r etwaige VersÃ¤umnisse des Bundesausschusses ist indessen nichts ersichtlich. Nachdem die ICSI erst 1993 erstmals in Deutschland angewandt wurde und wissenschaftliche Studien Ã¼ber Erfolgsaussichten und Risiken nicht abgeschlossen waren, war der fÃ¼r eine grÃ¼ndliche PrÃ¼fung und Bewertung anzusetzende Zeitrahmen im Sommer 1996 keinesfalls Ã¼berschritten.

Die Revision des KlÃ¤gers war nach allem zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024