[AZA 7]
K 85/99 Vr

I. Kammer

Präsident Lustenberger, Bundesrichter Schön, Bundesrichterinnen Widmer, Leuzinger und Bundesrichter Ferrari; Gerichtsschreiber Fessler

Urteil vom 25. September 2000

in Sachen

W._____, 1969, Beschwerdeführerin,

gegen

Krankenkasse KPT, Tellstrasse 18, Bern, Beschwerdegegnerin,

und

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, Solothurn

A.- Mit Einspracheentscheid vom 16. Dezember 1998 lehnte die KPT/CPT Krankenkasse (nachfolgend: KPT) in Bestätigung ihrer Verfügung vom 18. September 1998 das Gesuch der 1969 geborenen W._____ ab, an die am 13. August 1998 durchgeführte Operation für die Korrektur der Mamma-Asymmetrie Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen.

B.- W._____ erhob hiegegen Beschwerde, welche das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn nach Vernehmlassung der KPT mit Entscheid vom 14. Juni 1999 abwies.

C.- W._____ führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der kantonale Entscheid aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung nach Einholung eines (Ober-)Gutachtens an das solothurnische Versicherungsgericht zurückzuweisen.
Während die KPT Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt, lässt sich das Bundesamt für Sozialversicherung nicht vernehmen.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Kosten des am 13. August 1998 durchgeführten Eingriffs zur Behebung der Mamma-Asymmetrie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind.

2.- a) Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2).
Der Bundesrat, allenfalls das Departement des Innern oder das Bundesamt, kann die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten
Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a KVV). Er legt den Umfang der Vergütungspflicht bei neuen oder umstrittenen Leistungen fest, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. c KVV). Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der

Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG).
Laut Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV), erlassen durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), bezeichnet der Anhang 1 zur Verordnung diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 lit. a und c KVV von der Leistungskommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (lit. a), nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (lit. b) oder nicht übernommen werden (lit. c).

b) Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 125 V 30 f. Erw. 6a ausführlich zur rechtlichen Bedeutung des Anhangs 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung im Allgemeinen und zur richterlichen Überprüfungsbefugnis im Besonderen Stellung genommen. Danach überprüft das Eidgenössische Versicherungsgericht im konkreten Einzelfall grundsätzlich lediglich die Übereinstimmung der vom Departement getroffenen Regelung mit Verfassung und Gesetz, namentlich ob diese sich im Rahmen der durch die Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 33 lit. a und c KVV) gezogenen Schranken hält und nicht dem Willkürverbot widerspricht (vgl. BGE 124 II 245 Erw. 3, 122 V 93 Erw. 5a/bb, je mit Hinweisen). Dabei auferlegt sich das Gericht aus konzeptionellen Gründen und aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit grosse Zurückhaltung, insbesondere was die Ergänzung der Liste in Anhang 1 KLV betrifft (vgl. BGE 124 V 195 f. Erw. 6). Diese gilt in Bezug auf die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmenden medizinischen Leistungen bis zum Nachweis des Gegenteils als vollständig (vgl. zum Ganzen auch Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]/Soziale Sicherheit,
S. 96 f. Rzn. 195-197).

3.- Operative Massnahmen zur Behebung von Mamma-Asymmetrien sind im Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht aufgeführt. Dies bedeutet nach dem in Erw. 2 hievor Gesagten allerdings nicht, dass solche Eingriffe in jedem Fall keine im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende medizinische Leistungen darstellen.

a) Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis zum alten Recht (aKUVG und dazugehörige Verordnungen) gilt die operative Brustreduktion zur Korrektur einer Mammahypertrophie dann als Pflichtleistung der Krankenkassen, wenn die Hypertrophie körperliche oder psychische Beschwerden mit Krankheitswert verursacht und deren Behebung das eigentliche Ziel des Eingriffs ist. Entscheidend ist nicht das Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes, sondern ob die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen. Dabei genügt es, wenn sowohl die Beschwerden wie auch deren Kausalzusammenhang mit der Mammahypertrophie nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 208 Erw. 6b, 119 V 9 Erw. 3c/aa) erstellt sind; die blosse Möglichkeit ist nicht ausreichend, anderseits ist ein Zusammenhang im streng wissenschaftlichen Sinn nicht erforderlich (BGE 121 V 213 Erw. 4 mit Hinweisen). Nach den selben Gesichtspunkten beurteilt sich der Pflichtleistungscharakter einer Reduktionsplastik bei einer Mammadysplasie oder einer Asymmetrie der Mammae (RKUV 1994 Nr. K 931 S. 59 Erw. 3d, 1992 Nr. K 903 S. 231 Erw. 2c; vgl. auch BGE 121 V 215 Erw. 6b).
Anzufügen bleibt, dass auf eine Aufnahme der Mammareduktionsplastik in den Anhang zur Verordnung 9 des Eidgenössischen
Departementes des Innern (EDI) vom 18. Dezember 1990 über die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen verzichtet worden war (vgl. BGE 121 V 214 Erw. 5b und RKUV 1990 S. 30).
b) Diese Rechtsprechung hat auch unter der Herrschaft des neuen, seit 1. Januar 1996 in Kraft stehenden Krankenversicherungsrechts Gültigkeit. Dabei kann nach wie vor offen bleiben, ob die Mammahypertrophie an sich als Krankheit zu betrachten ist oder nicht (BGE 121 V 213 Erw. 4 am Anfang mit Hinweisen), welche Frage in RKUV 1994 Nr. K 931 S. 59 Erw. 3d für Mammadysplasien und Asymmetrien der Mammae verneint wurde. Einerseits hat der Begriff der Krankheit (dazu BGE 121 V 293 Erw. 2b, 105 V 182 f. Erw. 1a, je mit Hinweisen) keine Änderung erfahren (vgl. Art. 2 Abs. 1 KVG sowie Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93 ff., 141; RKUV 1999 Nr. KV 91 S. 459 Erw. 2a und b; ferner Eugster a.a.O. S. 38 ff. Rz 72 ff., insbesondere Rz 75). Zum andern sollte - im Rahmen der in Art. 32 Abs. 1 KVG statuierten Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen - der Katalog der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Leistungen im Vergleich zum Mindestkatalog der Pflichtleistungen gemäss

altem Recht ausgeweitet werden (vgl. BBl 1992 I 131 ff. und 140 unten ["einen breiteren Schutz gewähren (...) als die Grundversicherung nach bisherigem Recht"], sowie Eugster a.a.O. S. 2 f. Rz
3 und S. 90 ff. Rz 181 ff.; anders aber in Bezug auf Erkrankungen des Kausystems, vgl. BGE 125 V 19 f. Erw. 3a). Aus dieser gesetzgeberischen Zielsetzung heraus ergibt sich, dass der Verordnungsgeber, wenn er wollte, dass Mammareduktionsplastiken unter dem neuen Recht in keinem Fall mehr zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen sollten, dies ausdrücklich im Anhang 1 KLV hätte erwähnen müssen.

4.- Das kantonale Gericht ist in Würdigung der medizinischen Unterlagen zum Schluss gelangt, dass keine körperlichen oder psychischen Beschwerden bestünden, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Krankheitswert aufwiesen und durch die Mamma-Asymmetrie verursacht worden seien. Insbesondere läge gemäss dem überzeugend begründeten Gutachten des Dr. med. I._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juni 1998 keine psychiatrische Symptomatik von Krankheitswert vor und könne das psychische Leiden durch die operative Symmetrisierung der Mammae nur möglicherweise behoben werden.

5.- a) Die Beschwerdeführerin weist insoweit richtig darauf hin, dass der Psychiater und Psychotherapeut R._____ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 25. März 1998 zu einem anderen Ergebnis als Dr. med. I._____ gekommen ist und den unbestrittenermassen aufgrund der unterschiedlichen Grösse und auch Form der Mammae bestandenen psychischen Leidensdruck als krankheitswertig im Sinne einer anankastischen Persönlichkeitsstörung mit rezidivierenden depressiven Störungen bezeichnete. Indessen genügt die abweichende Meinung eines Arztes, selbst wenn er im betreffenden Gebiet ebenfalls spezialisiert ist, für sich allein genommen nicht, um einen medizinischen Bericht als nicht schlüssig erscheinen zu lassen und, wie vorliegend beantragt, die Einholung eines (Ober-)Gutachtens zu rechtfertigen. Gleiches gilt umso mehr, wenn ein Arzt ohne die notwendigen fachspezifischen Erhebungen (Anamnese und Befunde) sich zu einer nicht in sein Fachgebiet fallenden Frage äussert, wie dies hier in Bezug auf den Chirurgen Dr. med. H._____ und die Gynäkologin Frau Dr. med. M._____ zutrifft. Nach der Rechtsprechung ist hinsichtlich des Beweiswertes ärztlicher Dokumente entscheidend, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen
Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden sind, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen des (Fach- oder Haus-)Arztes begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweisen). Diesen Anforderungen genügt das psychiatrische Gutachten vom 15. Juni 1998. Der Experte Dr. med. I._____ setzt sich im Übrigen darin auch mit den Aussagen R._____'s auseinander, wobei er depressive und anankastische Züge nicht ausschliesst, diesen einzig auf der Anamnese beruhenden Schlussfolgerungen aber, da quantitativ überzeichnet, aufgrund der klaren Ergebnisse des MMPI-(Persönlichkeits-)Tests (vgl. dazu Hartung, Die Erfassung der Persönlichkeit mittels Testverfahren, in: Baer [Hrsg. ], Psychiatrie für Juristen, München/Stuttgart 1988, S. 217 ff., 259 ff.) keinen Krankheitswert zumisst.

b) Lag nach dem Gesagten bei Erlass des Einspracheentscheides vom 16. Dezember 1998 (vgl. BGE 121 V 366 Erw. 1b, 116 V 248 Erw. 1a) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine (zumindest teilweise) mit der Asymmetrie der Mammae in Zusammenhang stehende psychische Krankheit vor, was nach den überzeugenden und zu Recht unwidersprochen gebliebenen Feststellungen der Vorinstanz auch in somatischer Hinsicht zutrifft, entfällt eine Kostenübernahmepflicht der Beschwerdegegnerin. Dabei kann offen bleiben, ob durch eine operative Korrektur der im Übrigen von keiner Seite angezweifelte Leidensdruck aufgrund der nachvollziehbar als körperlicher Mangel empfundenen unterschiedlichen Grösse und auch Form der Mammae von der Beschwerdeführerin hätte genommen werden können. Darauf, dass nach ihren Angaben seit dem Eingriff vom 13. August 1998 keine Persönlichkeitsstörung mehr feststellbar ist, kann es ebenfalls nicht ankommen. Denn wie im Leistungsrecht der Sozialversicherung allgemein, ist die Anspruchsberechtigung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (schon) aus Gründen der Gleichbehandlung der Versicherten prognostisch und nicht etwa nach dem Erfolg der betreffenden medizinischen Massnahme zu beurteilen (vgl. BGE 124 V 111
unten, 110 V 102 oben, 98 V 34 f. Erw. 2). Mangels eines krankheitswertigen Leidens erweist sich schliesslich auch der Einwand als zum Vornherein unbehelflich, ohne Operation wären die Versicherungsleistungen für psychiatrische Behandlungen "mit Bestimmtheit" wesentlich höher.

c) Nach dem Gesagten ist der angefochtene Entscheid rechtens.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

I.Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

II.Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 25. September 2000

Im Namen des
Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer:

Der Gerichtsschreiber: