

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00049 vom 24. Februar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2004.00049](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00049)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00049 du 24 février 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00049 del 24 febbraio 2005

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Die 1988 geborene W.\_\_\_\_\_ leidet seit zirka Januar 2001 an einer präpubertären Anorexia nervosa, restriktiver Typ (ICD-10 F50.0), und war wegen Essverweigerung und Untergewicht vom 16. Juli bis 17. Oktober 2001 und vom 30. Januar bis 30. Mai 2002 im Kantonsspital Z.\_\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 9/8/3-4, Urk. 9/9). Seit 1. Juni 2002 hält sich die Versicherte zur stationären Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V., B.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Deutschland, auf (Urk. 9/8/2). Die Kosten des stationären Aufenthalts wurden bis 15. Mai 2003 vom Krankenversicherer von W.\_\_\_\_\_, der Agrisano Krankenkasse, übernommen (vgl. Schreiben der Agrisano Krankenkasse vom 2. Mai 2003, Urk. 3/5).

1.2. Am 28. Februar 2003 beantragten die Eltern bei der Invalidenversicherung die Kostenübernahme der medizinischen Massnahmen im Ausland zur Behandlung der Essstörung ihrer Tochter (Urk. 9/20). Mit Verfügung vom 30. Juni 2003 wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Gesuch ab, weil die Behandlung des Leidens auch in der Schweiz erfolgen könnte und deshalb die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Ausland nicht gegeben seien (Urk. 9/6). Die dagegen von der Mutter der Versicherten, A.\_\_\_\_, erhobene Einsprache (Urk. 9/15) wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 5. Dezember 2003 ab mit der Begründung, da die Anorexie der Versicherten einer Dauerbehandlung bedürftig sei und die Eingliederungsfähigkeit durch die beantragten Massnahmen nicht wesentlich verbessert werden könnten, gingen deren Kosten unabhängig vom Durchführungsort nicht zu Lasten der Invalidenversicherung (Urk. 9/1 = Urk. 2).

### E. 1.2

Nachdem der Krankenversicherer Agrisano bis zum 15. Mai 2003 die Behandlungskosten übernommen hat, ist streitig und zu prüfen, ob die Versicherte ab 16. Mai 2003 bis längstens zum Erlass des Einspracheentscheides vom 5. Dezember 2003, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweis), Anspruch auf medizinische Massnahmen, das heisst auf Kostenübernahme der stationären Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie, B.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Deutschland, hat. Der Sachverhalt ist demnach vollständig nach den Normen des ATSG zu beurteilen (BGE 130 V 445).

1.3. Art. 5 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in der ab 1. Januar 2003 gültigen Fassung lautet: Bei nicht erwerbstätigen Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr bestimmt sich die Invalidität nach Art. 8 Abs. 2 ATSG.

Art. 8 Abs. 2 ATSG hatte in der vom 1. Januar bis 31. Dezember 2003 in Kraft gestandenen Fassung folgenden Wortlaut: Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.

Art. 12 Abs. 1 IVG hat bis 31. Dezember 2003 keine Änderung erfahren. Die Bestimmungen der auf den 1. Januar 2004 in Kraft getretenen 4. IVG-Revision sind im hier zu beurteilenden Fall nicht anwendbar, da nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheides eingetretene Rechts- und Sachverhaltsänderungen vom Sozialversicherungsgericht nicht berücksichtigt werden (BGE 129 V 4 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die unter der bisherigen Gesetzesordnung ergangene Rechtsprechung bleibt auch nach dem In-Kraft-Treten (1. Januar 2003) des ATSG und des revidierten Art. 5 Abs. 2 IVG massgebend. Im Zusammenhang mit Art. 8 Abs. 2 ATSG wird ausdrücklich festgehalten, diese Bestimmung lehne sich an die in der bisherigen Gesetzgebung der Invalidenversicherung enthaltene Umschreibung der Invalidität von Minderjährigen an (BBl 1991 II 249; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Rz 9 zu Art. 8). Zwar ist der Begriff "voraussichtlich" (vgl. Art. 8 Abs. 2 ATSG in der bis 31. Dezember 2003 gültigen Fassung) an die Stelle von "wahrscheinlich" (vgl. Art. 5 Abs. 2 in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) getreten. Dadurch wird betont, dass die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit Minderjähriger aufgrund einer auf die Zukunft ausgerichteten Betrachtungsweise zu beurteilen ist (Ueli Kieser, a.a.O., Rz 10 zu Art. 8). Dies entspricht der zu Art. 5 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2002 gültigen Fassung ergangenen Rechtsprechung, wonach bei Minderjährigen die anzunehmende Erwerbsunfähigkeit nicht zeitlich aktuell gegeben sein muss (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 31 f.).

2. Art. 8 Abs. 2 ATSG

Die IV-Stelle hat im Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2003 erwogen, dass das Vorliegen von Krankheiten und Defekten, die nach heutiger Erkenntnis der Medizin ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden können (z.B. Schizophrenien, manisch-depressive Psychosen), medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung auch gegenüber Jugendlichen ausschliessen. Dies gelte auch für Leiden, die einer Therapie zumindest über längere Zeit hinweg bedürften und ohne dass sich zuverlässige Prognosen stellen liessen (z.B. hyperkinetische Störungen, Anorexien). Im Falle der Versicherten könne keine günstige und befristete Prognose gestellt werden, weshalb die Massnahmen unabhängig vom Behandlungsort nicht zu Lasten der Invalidenversicherung übernommen werden können (Urk. 2 S. 3).

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, es liege eine zuverlässige Prognose für die Heilung des Leidens vor und auch die voraussichtliche Behandlungsdauer könne ab 1. Juni 2003 auf 1 ½ bis 2 Jahre eingeschränkt werden. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle seien nicht in jedem Fall von Anorexie medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung ausgeschlossen. Der Abbruch der Therapie würde alles bisher Erreichte zunichte machen. Ohne geeignete Weiterbehandlung könnte sie später nicht oder nur beschränkt ins Erwerbsleben eingegliedert werden

und würde zur Rentenbezügerin. Eine Verweigerung der medizinischen Massnahmen würde dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" widersprechen (Urk. 1 S. 3 f.).

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Mutter der Versicherten am 16. Januar 2004 Beschwerde und beantragte die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung von W. \_\_\_ in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, B. \_\_\_, \_\_\_, Deutschland, ab 16. Mai 2003 bis zur erfolgten Heilung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2004 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Nachdem die Parteien im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels an ihren Anträgen festgehalten hatten, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 4. Mai 2004 als geschlossen erklärt (vgl. Urk. 10-17).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 1. September 2002 in Kraft getreten. Mit ihnen sind unter anderem auch im Invalidenversicherungsrecht verschiedene materiellrechtliche Bestimmungen geändert worden.

## **E. 3**

3.1 Nach der Rechtsprechung können bei nichterwerbstätigen Minderjährigen medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Leidenscharakters von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein sonst wie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbstätigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Dabei geht es also um die erwerblich bedeutsame Heilung eines Leidens, das ohne vorbeugende medizinische Vorkehren sich zu einem stabilen pathologischen Zustand entwickeln würde. Hier soll der Eintritt eines stabilen Defektes verhindert werden. Handelt es sich aber nur darum, die Entstehung eines solchen Zustandes mit Hilfe von Dauertherapie hinauszuschieben, so liegt keine Heilung vor. Freilich wird auch durch derartige kontinuierliche Behandlung die Erwerbstätigkeit positiv beeinflusst, aber es besteht eine ähnliche Situation wie beispielsweise beim Diabetiker, dessen Gesundheitszustand durch ständige medikamentöse Therapie bloss im Gleichgewicht gehalten und dadurch vor wesentlicher, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigender Verschlimmerung mit allenfalls letalem Risiko bewahrt wird; auch hier ist die medizinische Vorkehr nicht auf die Heilung eines Leidens zur Verhütung eines stabilen pathologischen Defektes gerichtet. In allen derartigen Fällen stellen die Vorkehren nach der Rechtsprechung (dauernde) Behandlung des Leidens an sich dar und es kommt ihnen kein Eingliederungscharakter im Sinne des IVG zu (BGE 100 V 43 Erw. 2a; vgl. auch BGE 105 V 19). Diese Rechtsprechung wurde in ZAK 1981 S. 548 Erw. 3a ausdrücklich bestätigt. Dabei ist bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen von Art. 12 Abs. 1 IVG bei Minderjährigen nicht entscheidend, ob eine Sofortmassnahme (z.B. eine Operation) oder eine zeitlich ausgedehntere (aber nicht unbegrenzte) Vorkehr (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) angeordnet wird.



stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren zu übernehmen, sondern auch dann Leistungen zu erbringen, wenn es darum geht, mittels geeigneter Massnahmen einem die berufliche Ausbildung oder die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Defektzustand vorzubeugen. Diese Rechtsprechung wurde wiederholt bestätigt (vgl. beispielsweise BGE 105 V 20; AHI 2000 S. 64 Erw. 1, 2003 S. 104 Erw. 2).

4.2.4.4 Nun gibt es psychische Leiden, welche nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden können. Dies trifft in der Regel unter anderem bei Schizophrenien und manisch-depressiven Psychosen zu (BGE 100 V 44 Erw. 2a). Diese Behandlung fällt nach der in Erwägung 3.2 dargelegten Rechtsprechung nicht in den Bereich der Invalidenversicherung. Denn es geht in diesen Fällen nicht um einen "einstweilen noch labilen Leidenscharakter", sondern um eine dauernde Behandlung des Leidens, von welcher nicht mehr gesagt werden kann, sie diene (auch) der beruflichen Eingliederung. Es fehlt somit am Eingliederungscharakter der Therapie. Da die Behandlungsbedürftigkeit in diesen Fällen auch im Erwachsenenalter unverändert andauert, besteht kein Grund, die speziell für Versicherte vor dem vollendeten 20. Altersjahr geltende Praxis anzuwenden. Es kann somit in diesem Zusammenhang nicht von einer rechtsungleichen Behandlung gesprochen werden.

4.3.4.4 Andere Krankheiten nehmen nach medizinischen Erkenntnissen einen individuell unterschiedlichen Verlauf. Dies ist beispielsweise bei der Anorexia nervosa der Fall, welche zur totalen Remission führen, aber auch chronisch-persistierende und chronisch-rezidivierende Varianten aufweisen kann. Von einer Heilung lässt sich nur bei 45 % der Fälle sprechen. Eine partielle Besserung tritt bei etwa 33 % der Patienten ein, und 20 % zeigen einen chronifizierten Krankheitsverlauf. Als positive Prognosefaktoren können Erkrankungen in der

Adoleszenz, hysterische Persönlichkeitsanteile, konfliktfreie Eltern-Kind-Beziehungen, kurze und wenige stationäre Behandlungen, kurze Krankheitsdauer vor der stationären Therapie und höherer Bildungs- und Sozialstatus betrachtet werden. Ungünstige Prognosefaktoren sind hingegen Erbrechen, Bulimie, hoher Gewichtsverlust, Chronizität, prämorbid auffälligkeiten im Sinne von Entwicklungsabweichungen und Verhaltensprobleme sowie männliches Geschlecht (Hans-Christoph Steinhausen, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Auflage, München 2002, S. 169). Der Umstand, dass die Anspruchsvoraussetzungen oftmals nicht erfüllt sind, ändert nichts daran, dass im Einzelfall zu prüfen ist, ob Anspruch auf medizinische Massnahmen gegenüber der Invalidenversicherung besteht. Die Anspruchsvoraussetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung wurden denn auch in AHI 2000 S. 63 eingehend geprüft und gestützt auf die fachärztlichen Meinungsäusserungen als nicht gegeben erachtet. Ebenso war das Vorgehen in AHI 2003 S. 103 mit Bezug auf hyperkinetische Störungen.

## E. 5.1

Verwaltungsweisungen sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Es soll sie bei seiner Entscheidung mit berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Es weicht andererseits insoweit von Weisungen ab, als sie mit den anwendbaren

gesetzlichen Bestimmungen nicht vereinbar sind (BGE 127 V 61 Erw. 3a, 126 V 68 Erw. 4b, 427 Erw. 5a, 125 V 379 Erw. 1c, je mit Hinweisen).

5.2.2.2 Im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSME) wird in Rz 645-647/845-847.4 ausgeführt: Das Vorliegen von Krankheiten und Defekten, die nach heutigem Erkenntnis der Medizin ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden können (z.B. Schizophrenien, manisch-depressive Psychosen) schliessen medizinische Massnahmen der IV auch gegenüber Jugendlichen aus. Dies gilt auch für Leiden, die einer Therapie zumindest über längere Zeit hinweg bedürfen und ohne dass sich eine zuverlässige Prognose stellen lässt (z.B. hyperkinetische Störungen, Anorexien).

5.3.2.2 Bei schweren erworbenen psychischen Leiden ist die Kostenübernahme gegeben, sofern nach intensiver fachgerechter Behandlung von einem Jahr Dauer keine genügende Besserung erzielt wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung bei einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werden kann. Dauer und Intensität der Behandlung müssen durch Berichte, Arztrechnung und dergleichen belegt sein (Rz 645-647/845-847.5 KSME). Insoweit stimmt die Weisung mit der ab 1. Januar 1979 gültig gewesenen Fassung überein. In BGE 105 V 20 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) ausdrücklich festgehalten, diese Verwaltungspraxis halte sich im Rahmen des Gesetzes (vgl. auch AHI 2000 S. 64 f. Erw. 1; Urteil des EVG in Sachen C. vom 28. Februar 2003, I 615/01). Nachträglich in die Verwaltungsweisung eingefügt wurde der Zusatz: "Die Kostenübernahme erfolgt ab 2. Behandlungsjahr. Die Psychotherapie ist dabei jeweils für maximal zwei Jahre zu verfügen." Ob dieses "Karenzjahr" gesetzlich ist, braucht in diesem Verfahren aus den nachstehenden Gründen nicht beurteilt zu werden (vgl. Erw. 8).

6.2.2.2 Geht es um psychische Beeinträchtigungen, stellt sich die Frage nach der Natur des Leidens. Liegen labile Gesundheitsverhältnisse vor, ist zu prüfen, ob mittels medizinischer Massnahmen einem Defektzustand vorgebeugt werden kann, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigen würde. Der (fach)ärztliche Bericht ist im Allgemeinen eine unerlässliche Grundlage zur Beurteilung der Anspruchsberechtigung, wobei die Prüfung im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu erfolgen hat. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Die Beurteilung darf sich somit nicht mit einem pauschalen Hinweis auf die mögliche Verbesserung oder Erhaltung von Berufs- und Erwerbsfähigkeit begnügen. Auf weitere Abklärungen kann selbstverständlich immer dann verzichtet werden, wenn von vornherein klar ist, dass die Voraussetzungen von Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 IVG nicht erfüllt sind.

Ä

E. 7

7.1. Gemäss dem psychologisch-psychiatrischen Bericht des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2002 (Urk. 9/8/4) war die Versicherte wegen Essverweigerung und Untergewicht vom 16. Juli bis 17. Oktober 2001 im Kantonsspital Z.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo eine präpubertäre Anorexia nervosa, restriktiver Typ (F50.0), und aktuelle psychosoziale Umstände (1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen, 2 Inadäquate intrafamiliäre Kommunikation, 6 Trennung vom Elternteil durch Krankheit) diagnostiziert wurden. Die Versicherte habe Tendenzen zu Zwangshandlungen. Beim Eintritt sei sie nicht krankheitseinsichtig gewesen, was sich bis zum Austritt wenig geändert habe. Ausserlich habe sie sich sehr Mühe gegeben, das Austrittsgewicht zu erlangen, innerlich jedoch in ihrer anorektischen Fühl- und Denkweise verharret.

7.2. Das Kantonsspital Z.\_\_\_\_ berichtete am 18. April 2002 über eine erneute Hospitalisation der Versicherten ab 30. Januar 2002 (Urk. 9/15/4). Es sei zu einem Rezidiv mit erneut starkem Gewichtsverlust auf 34.4 kg (BMI 14.0) gekommen und die Versicherte habe infolge vorerst gänzlicher Nahrungsverweigerung über 4 Wochen voll sondiert werden müssen. Eine Fortsetzung der somatischen Hospitalisation sei wegen der weiterhin mangelnden Krankheitseinsicht der Jugendlichen und Erschöpfung des Pfllegeteams nicht sinnvoll. Die Versicherte bedürfe einer jugendpsychiatrischen stationären Betreuung.

7.3. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2002 (Urk. 9/8/3) über die Hospitalisation vom 30. Januar bis 30. Mai 2002 wurde zusätzlich eine Zwangsstörung, gemischt Gedanken und Handlungen (F43.2), diagnostiziert. Wie bei der ersten Hospitalisation habe sich die Versicherte als nicht krankheitseinsichtig gezeigt und zeitweise die Nahrungsaufnahme ganz verweigert. Die Versicherte zeige seit bereits rund 1 ½ Jahren ein stark anorektisches Verhalten, welches sie selber und ihre Familie ausgeprägt belaste. Trotz zweimaligen Hospitalisationen mit intensiven psychotherapeutischen Angeboten und Massnahmen habe sich an der Grundsymptomatik nur wenig verändert. Im Spitalumfeld sei derzeit eine knapp adäquate Nahrungsaufnahme unter begleiteten Umständen möglich, das Essen in der Familie sei jedoch weiterhin stark gestört bis unmöglich. Damit werde auch die soziale Reintegration im schulischen Umfeld verunmöglicht. Von einer länger dauernden jugendpsychiatrischen Hospitalisation sei eine zunehmende Stärkung der noch gesunden Anteile bzw. eine Abnahme des Zwanges und in der Folge eine mögliche familiäre Reintegration zu erhoffen.

7.4. Am 1. Juni 2002 trat die Versicherte zur stationären Behandlung in die Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V., B.\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Deutschland, ein. Dr. med. C.\_\_\_\_, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arzt für Kinderheilkunde, berichtete den Eltern der Versicherten am 18. Februar 2003 (Urk. 9/15/17), dass der Behandlungsverlauf prinzipiell nicht unerfreulich, aber ausserordentlich langwierig sei. Zwangsgedanken, Handlungen und Rituale machten die Heilung der anorektischen Symptomatik sehr schwer. Der Aspekt, die Versicherte nach Hause zu geben, komme ihm immer unwahrscheinlicher vor. Auch eine Pflegefamilie werde es mit der Versicherten wohl nicht schaffen. Letztlich müsste die Versicherte über 2-3 Jahre in einer Jugendgruppe leben unter sehr klarer und beschützter Führung, wenn sie nicht noch im Jugendalter zu den Invaliden gerechnet werden müsste. Sobald man die Aufsicht lockere, falle sie zurück - auch in vermehrte Zwanghaftigkeit.

7.5. Im Bericht vom 6. Mai 2003 zu Händen des kantonalen Sozialsekretärs (Urk. 9/11/4 = Urk. 9/8/2) hielt Dr. C. \_\_\_ fest, dass nach schwierigsten ersten Wochen des stationären Aufenthalts eine Verbesserung der Gesamtsituation erreicht worden sei. Psychopathologisch hätten sich die Zwangsstörungen, -handlungen und -gedanken lockern lassen, so dass die Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten möglich geworden sei. Im Rahmen der Psychotherapie sei aber deutlich geworden, dass ganz entscheidende Kriterien keineswegs bewältigt seien. Als derzeit relevante Diagnosen erwähnte Dr. C. \_\_\_:

1. Anorexia nervosa, derzeit in der beschätzten und familienintegrierten Situation eben kompensiert

2. Schwere Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, Rituale - nur partiell gebessert

3. Gute Intelligenzlage

4. Massiv manipulatives Verhalten

Die durch das schon lange bestehende Zwangsverhalten ganz deutlich erschwerte Behandlung der Anorexia nervosa habe, gemessen am bisherigen Verlauf und den Erfahrungen mit ähnlichen Krankheitsbildern, eine ungünstige Prognose. Eine Entlassung zum derzeitigen Zeitpunkt aus der medizinischen Rehabilitation würde wiederum sofort ein massives Rezidiv nach sich ziehen.

7.6. Die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_ stellte im Arztbericht zu Händen der IV-Stelle vom 14. Mai 2003 (Urk. 9/9) die Diagnosen einer schweren präpubertären Anorexia nervosa und Zwangsstörung. Die Versicherte sei vom 16. Juli bis 17. Oktober 2001 und vom 30. Januar bis 30. Mai 2002 im Kantonsspital Z. \_\_\_ hospitalisiert gewesen. Trotz intensivem therapeutischem Bemühen habe sich die Grundsituation nicht verbessert, so dass die Versicherte im Juni 2002 in die Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, B. \_\_\_, habe eintreten können. Es gebe in der ganzen Schweiz zurzeit keine Einrichtung, die für die Versicherte eine engmaschige, fachgerechte psychiatrische Betreuung und Schulbildung anbieten könne.

7.7. Nach Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Verfügung vom 30. Juni 2003, Urk. 9/6) berichtete Dr. C. \_\_\_ am 21. Oktober 2003 (Urk. 9/11/3 = Urk. 3/14), dass aus einer Gesamtbeurteilung und dem Verlauf der Behandlung des sehr schweren Krankheitsbildes - noch im Frühjahr 2003 - eine deutliche Besserung auf allen Gebieten sowie in der Anorexie und der Zwanghaftigkeit zu verzeichnen sei. Es seien aber noch dichte Betreuung und Kontrolle, Stabilisierung, psychotherapeutische Begleitung, Belastungsproben unverzichtbar, damit Verselbständigung, Stabilisierung, zuverlässige Nahrungsaufnahme und Zwangsstörungen weiter gebessert würden. Die Prognose habe sich unter der klinischen rehabilitativen Behandlung - und jetzt in der Eingliederung - deutlich gebessert, die noch mangelhafte Bewältigung des Alltags und die noch bestehende Symptomatik erlaubten aber noch keinesfalls ambulante Weiterbetreuung. Insgesamt nach seiner jahrzehntelangen Erfahrung gewinne er den Eindruck, dass bei Fortführung der Massnahme zwischen 1 ½ bis 2 Jahre eine Eigenständigkeit des Lebens und des Erwerbs samt höherer Ausbildung, die der Versicherten bei ihrer Begabungsstruktur zustehe, gut erreicht werden könne. Mit Schreiben vom 19. Januar 2004 (Urk. 3/12) berichtete Dr. C. \_\_\_, die Fortschritte der Gesamtentwicklung der

Versicherten seien positiv und etwa wie vorauszusehen. Belastungsproben, wie der Versuch des externen Schulbesuchs, Heimaufenthalte, zeitweilig unkontrollierte Essenspläne, Konfliktüberwindung und Kritikverträglichkeit seien seit Beginn 2004 eingesetzt worden. Es sei denkbar, dass sich die Entwicklung der Störung positiv dynamisiere und eventuell andere Formen der Betreuung und Behandlung in Zukunft eingesetzt werden könnten. Auf jeden Fall werde auch nach Änderung einer stationären Eingliederung eine ambulante fachliche Weiterbetreuung längerfristig und weitmaschiger anzusetzen sein.

8. Aus diesen medizinischen Berichten ist zu entnehmen, dass die Essstörung anorektische und bulimische Züge aufweist und sich zudem vor dem Hintergrund einer familiären Krisensituation abspielt. Nachdem die Versicherte seit Anfang 2001 an Anorexie leidet, muss im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 5. Dezember 2003 bereits von einer längeren Krankheitsdauer gesprochen werden, wobei mehrere stationäre Behandlungen keine wesentliche und stabile Zustandsverbesserung brachten. Damit weist das als labil zu bezeichnende Krankheitsgeschehen mehrere der in der medizinischen Literatur als ungünstig bezeichneten Prognosefaktoren auf, insbesondere lange Krankheitsdauer, mehrere und längere stationäre Behandlungen, hohe Gewichtsverluste, familiäre Konfliktsituation, Bulimie (vgl. Erwägung 4.3). Daraus ist auf ein Leiden zu schliessen, dessen Folgen derzeit nicht abgeschätzt werden können. Daran ändert nichts, dass Dr. C. in seinen Berichten vom 21. Oktober 2001 (Urk. 3/14) und 19. Januar 2004 (Urk. 3/12) über eine deutliche Besserung in der Anorexie und der Zwanghaftigkeit berichtete. Diese Beurteilung des behandelnden Arztes ist in Kenntnis der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Beschwerdegegnerin erfolgt und mit Zurückhaltung zu wärdigen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Allerdings geht auch Dr. C. davon aus, dass eine Fortführung der Massnahmen mindestens noch für 1 ½ bis 2 Jahre erforderlich sei, ohne sich auf eine Prognose festzulegen. Deshalb muss angenommen werden, beim Leiden der Versicherten handle es sich um eine Störung, die in naher Zukunft nicht zu einem stabilen Defektzustand führt. Dass die zur Diskussion stehende Behandlung auch der Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit nützlich ist, ändert nichts daran, dass sie weder einen untrennbaren Bestandteil eines Komplexes berufsbildender Massnahmen darstellt, noch dazu bestimmt ist, einen sich in naher Zukunft einstellenden Defektzustand zu verhindern. Es kann daher nicht gesagt werden, die medizinischen Massnahmen seien geeignet, die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit dauerhaft und wesentlich im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG zu beeinflussen. Wesentlich im Sinne dieser Bestimmung ist der durch eine Behandlung erzielte Nutzeffekt nur dann, wenn er in einer bestimmten Zeiteinheit einen erheblichen absoluten Grad erreicht (BGE 115 V 199 Erw. 5a). Bei der Versicherten geht es jedoch um eine langandauernde Behandlung des Leidens an sich. Fehlt es somit an dem von Art. 12 Abs. 1 IVG geforderten Eingliederungscharakter, gehört die Massnahme nicht in den Bereich der Invalidenversicherung.

Der Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2003 erweist sich damit als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen, ohne dass die Voraussetzungen der ausnahmsweisen Kostenübernahme von im Ausland durchgeführten Massnahmen geprüft werden müssen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A. \_\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

- Krankenkasse Agrisano

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.