

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00052 vom 24. Februar 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2004.00052](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2004.00052)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00052 du 24 février 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2004.00052 del 24 febbraio 2005

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1988 geborene W. \_\_\_ ist bei der Krankenkasse Agrisano (nachfolgend: Agrisano) obligatorisch krankenversichert. Sie leidet seit zirka Januar 2001 an einer präpubertären Anorexia nervosa, restriktiver Typ (ICD-10 F.50.0), und einer Zwangsstörung gemischt Gedanken und Handlungen (ICD-10 F43.2) und war wegen Essverweigerung und Untergewicht vom 16. Juli bis 17. Oktober 2001 und vom 30. Januar bis 30. Mai 2002 im Kantonsspital Winterthur hospitalisiert (Urk. 3/2, 3/7, 3/19). Seit 1. Juni 2002 hält sich die Versicherte zur stationären medizinisch-rehabilitiven, kinderpsychiatrischen Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V., A. \_\_\_, \_\_\_, Deutschland, auf (Urk. 18/4/10 = Urk. 3/19), welche Kosten bis zum 15. Mai 2003 von der Agrisano übernommen wurden (Urk. 18/11, 18/13, 18/16, 18/19, 18/23, 18/25, 18/27).

### E. 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 ab 16. Mai 2003. 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. 3/6). Die dagegen von der Mutter der Versicherten, B. \_\_\_, erhobene Einsprache (Urk. 3/7) 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. 3/8). Die gegen diesen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Entscheid von heute ab (Verfahren Nr. IV.2004.00049).

1.3 Nachdem die Agrisano den Eltern der Versicherten mit Schreiben vom 2. Mai 2003 (Urk. 18/13 = 3/3) mitgeteilt hatte, dass nach vertrauensärztlicher Beurteilung keine Akutspitalbedürftigkeit mehr ausgewiesen sei und die Weiterbehandlung ab 16. Mai ambulant durchgeführt werden müsse, ersuchte die Mutter der Versicherten die Agrisano mit Schreiben vom 5. November und 16. Dezember 2003 unter Hinweis auf das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren, ihrer Vorleistungspflicht gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) nachzukommen und die Kosten der stationären Behandlung in der

Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, A.\_\_\_\_, \_\_\_\_, Deutschland, weiterhin zu übernehmen (Urk. 3/13, 3/14). Mit Verfügung vom 11. Februar 2004 (Urk. 18/5 = Urk. 3/17) lehnte die Agrisano die Kostenübernahme ab 16. Mai 2003 mangels Spitalbedürftigkeit und die Vorleistungspflicht gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG ab. Die dagegen erhobene Einsprache vom 10. März 2004 (Urk. 18/4 = Urk. 3/18) wies sie mit Einspracheentscheid vom 26. April 2004 ab (Urk. 18/2 = Urk. 2).

2. Dagegen erhoben die Eltern der Versicherten am 26. Mai 2004 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Agrisano zur Vorleistung und eventuell zur Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, A.\_\_\_\_, \_\_\_\_, Deutschland, zu verpflichten (Urk. 1). Nach gerichtlichen Abklärungen über die Rechtzeitigkeit der Beschwerde (vgl. Urk. 4-12) beantragte die Agrisano mit Beschwerdeantwort vom 15. Juli 2004 (Urk. 14) die Abweisung der Beschwerde. Nachdem die Agrisano am 30. Juli 2004 ihre Akten nachgereicht hatte (Urk. 17 und 18/0-28), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 5. August 2004 als geschlossen erklärt (Urk. 19).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2003 sind das 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 Krankenversicherungsrecht verschiedene materiellrechtliche Bestimmungen geändert worden.

1.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze relevant, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1, 356 Erw. 1, mit Hinweisen), wobei rechtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Einspracheentscheides (hier: 26. April 2004) die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweis). Da die Kostenübernahme der stationären Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie, A.\_\_\_\_, Neuenweg, Deutschland, ab 16. Mai 2003 strittig ist, hat sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vollständig nach In-Kraft-Treten des ATSG verwirklicht und sind hier die seit 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen anwendbar (BGE 130 V 445).

## E. 2

2.1 Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, besteht aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person gemäss Art. 70 Abs. 1 ATSG Vorleistung verlangen. Gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG ist die Krankenversicherung vorleistungspflichtig für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist.

2.2 Wenn Art. 70 Abs. 1 ATSG den Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen als Voraussetzung der Vorleistungspflicht nennt, kann dies mithin nur bedeuten, dass jedenfalls gegenüber dem gemäss Art. 70 Abs. 2 ATSG als vorleistungspflichtig erklärten Versicherungsträger ein solcher Anspruch besteht. Bestreitet dieser Versicherungsträger eine Leistungspflicht, ist zunächst ein rechtskräftiger Entscheid



Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens. Sie kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen, wobei im letztern Fall eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt ist, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist.

#### **E. 4**

4.1 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen gemäss Art. 57 KVG sind ein Organ der sozialen Krankenversicherung und beraten die Krankenkassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers (Art. 57 Abs. 4 KVG). Die Leistungserbringer müssen dabei den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG).

Weder Versicherer noch Leistungserbringer oder deren Verbände können Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen Weisungen erteilen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (Eugster, a.a.O., S. 33 Rz 64 mit Hinweisen). Diesen wiederum kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 104 V 211 Erw. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 313 Erw. 1b). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 162 Erw. 1d; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

4.2 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn die Verwaltung auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

#### **E. 5**

Â Â Â Â Â

5.1 Â Â Â Â Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin für den stationären Aufenthalt in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, A. \_\_\_\_, \_\_\_\_, Deutschland, ab 16. Mai 2003 Anspruch auf Leistungen der Agrisano hat. Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, ob bei der Versicherten ab dem erwähnten Zeitpunkt Spitalbedürftigkeit im Sinne der vorstehenden Erwägung 3 vorlag.

5.2 Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung vom 11. Februar 2004 und im Einspracheentscheid vom 26. April 2004 im Wesentlichen erwogen, dass bei der Versicherten ab Mai 2003 gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung keine Spitalbedürftigkeit mehr ausgewiesen sei (Urk. 3/17 und Urk. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Eltern machen dagegen geltend, die Versicherte bedürfte der stationären Behandlung in einer jugendpsychiatrischen Institution. Die Therapeutische Gemeinschaft, A. \_\_\_\_, \_\_\_\_, Deutschland, wo die Versicherte seit 1. Juli 2003 in der Jugendhilfeeinrichtung "C. \_\_\_\_" betreut werde, sei eine geeignete, durch Fachpersonal geführte Institution, vergleichbar mit jugendpsychiatrischen Stationen in der Schweiz wie zum Beispiel Psychotherapiestation Z. \_\_\_\_, Psychiatrische Klinik D. \_\_\_\_ oder Psychiatrische Klinik E. \_\_\_\_. Die Jugendhilfeeinrichtung "C. \_\_\_\_" sei für die langfristige Nachsorge konzipiert und könne mit dem Therapieheim F. \_\_\_\_, verglichen werden (Urk. 1 S. 3 f.).

## E. 6

6.1 Â Â Â Â Aus den medizinischen Akten ergibt sich Folgendes:

6.2 Â Â Â Â Gemäss Bericht des Kantonsspitals G. \_\_\_\_ (G. \_\_\_\_) vom 18. April 2002 zu Händen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin war die Versicherte vom 16. Juli bis 17. Oktober 2001 wegen einer schweren präpubertären Anorexia nervosa (F50), restriktiver Typ, und einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2) dort hospitalisiert. Seit dem 30. Januar 2002 sei die Versicherte nun zum zweiten Mal im G. \_\_\_\_ hospitalisiert, nachdem es zu einem Rezidiv mit erneut starkem Gewichtsverlust auf 34.4 kg (BMI 14.0) gekommen sei. Infolge vorerst gänzlicher Nahrungsverweigerung habe die Versicherte über vier Wochen voll sondiert werden müssen. Die Versicherte sei ausgeprägt zwanghaft und bezüglich des Essens stark manipulativ. Sie bedürfte im Alltag praktisch einer 1:1-Betreuung. Eine Fortsetzung der somatischen Hospitalisation sei wegen der weiterhin mangelnden Krankheitseinsicht der Jugendlichen und Erschöpfung des Pflorgeteams nicht sinnvoll. Die Versicherte bedürfte einer jugend-psychiatrischen stationären Betreuung. Da derzeit im Kanton Zürich und auch in den umliegenden Kantonen keine Behandlungspätze frei seien, hätten die Eltern zusammen mit der Hausärztin nach Alternativen umgeschaut und in Deutschland gefunden (act. 18/26 = Urk. 3/2).

6.3 Â Â Â Â Am 1. Juni 2002 trat die Versicherte zur stationären Behandlung in die Therapeutische Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V., A. \_\_\_\_, \_\_\_\_, Deutschland, ein. Dr. med. H. \_\_\_\_, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arzt für Kinderheilkunde, berichtete den Eltern der Versicherten am 18. Februar 2003 (Urk. 18/4/3 = Urk. 3/4), 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.

6.4 Dr. H. berichtete der Beschwerdegegnerin am 10. April 2003 (Urk. 3/20), dass die medizinische Rehabilitation wegen der maximalen Zwanghaftigkeit ausserordentlich schwierig gewesen sei und ständiger personeller Betreuung bedürftig habe. Die Zwangsstörungen hätten sich im Bereich der Gedankenabläufe gebessert, seien aber noch im Rahmen der Handlungen deutlich und bedürften noch psycho-therapeutischer Interventionen oder der Hilfe im Rahmen paradoxer Intentionen. Seine Institution führe keine Akut-Spitaliaufenthalte durch, sondern eine medizinische Rehabilitation, die eine anschliessende ambulante Behandlung anstrebe. Unter den derzeitigen Bedingungen, wenn sie sich auch in kleinen Schritten verbessern würden, wäre aber eine Entlassung in ambulante Weiterbetreuung jetzt noch ausserordentlich risikobelastet und wäre zur Chronifizierung des Krankheitsbildes bestens prädestiniert. Die Versicherte sei auch derzeit noch nicht sicher, sich ihrer Zwänge erwehren zu können, und sie sehe mit Angst einer Rückführung ins Elternhaus entgegen. Wenn nach Meinung der Vertrauensärzte ein Akutspital-Aufenthalt Ende April abgeschlossen sein sollte, sei das richtig. Die medizinische Rehabilitation sehe er aber damit im Hinblick auf die Prognose und die Gefahr der Chronifizierung absolut nicht als beendet an. Aus seiner Sicht und aus dem bisherigen Verlauf sei die Prognose nur dann einigermaßen günstig, wenn eine Fortführung der jetzigen intensiven Behandlung, eingeschlossen des Anschlusses, bis Ende Juli dieses Jahres weiterlaufen könne. Er sehe auch dann keine Möglichkeit der Rückführung ins Elternhaus, sondern eher eine betreute Wohngruppe im Rahmen der Jugendhilfe, neben engmaschiger ambulanter kinderpsychiatrischer Betreuung. Der Typ der Anorexie mit massiven Zwangsstörungen sei ausserordentlich rezidivträchtig und zur Chronifizierung neigend. Der psychiatrische Drehtreffekt und die Traumatisierung der Sondenernährung trügen ausserdem zur sozialen Isolation bei, was bei Fortführung der Anschlussmassnahmen stark zu berücksichtigen sei. Er bitte um eine Überprüfung der Gesamtlage und um Weiterführung der Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitation.

6.5 Im Bericht vom 6. Mai 2003 zu Händen des kantonalen Sozialsekretärs (Urk. 18/4/10 = Urk. 3/19) hielt Dr. H. 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. H.:

1. Anorexia nervosa, derzeit in der beschützten 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, ebenfalls die Unterbringung in einer Pflegefamilie, die nicht ganz speziell auf solche Fälle ausgerichtet wäre. Trotz zahlreicher Gespräche mit den Eltern halte er es auch heute nicht für möglich, dass eine Integration des Kindes in die Familie rezidivfrei bleiben könnte. Andererseits sei der akutklinische Zustand überwunden und wäre es stigmatisierend für das Mädchen, sie zum jetzigen Zeitpunkt mit stationärer Behandlung weiterzuführen. Das Empfinden der Unfähigkeit und des kranken seelischen Zustands würde sich weiter verstärken. In diesem Dilemma schlage er die Unterbringung in einer Heimschule vor, die folgende Voraussetzungen haben müsste:

1. Ausreichender Schutz und Kontrolle bei Unterbringung in einem familienartigen Zusammenhang, bei dem die Kontrolle des Essens und der Zwangshandlungen möglich sei
2. Engmaschige ambulante psychotherapeutische Behandlung des Mädchens in der Einrichtung mit starker Kooperation der Betreuer und Therapeuten
3. Dem guten intellektuellen Stand und dem Alter angemessene Schulbildung mit einem praktischen Schwerpunkt, bei dem der Realitätsbezug und die alltägliche Lebensbewältigung ausgesprochenes Ziel sein müsste. Die schulische Bildung sei bis zur Höhe der Matura anzustreben.

Nach den von den Eltern geführten Recherchen und den von hier bekannten Kontakten sei in der Schweiz eine solche Einrichtung nicht zu finden, die die rezidivfreie Weiterentwicklung des Kindes ermöglichen würde. Im Rahmen der A., Deutschland, wäre jedoch eine Jugendhilfe nahtlos im Anschluss an die Rehabilitation möglich, die die notwendigen Voraussetzungen zur weiteren gesunden Entwicklung der Versicherten anbieten könnte und wo auch ein nahtloser Übergang von Rehabilitation in die Jugendhilfe in den nächsten Monaten möglich wäre.

Die Hausärztin Dr. med. I. führte im Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 18. Juli 2003 (Urk. 18/12) aus, die Akutbehandlung werde Ende Juli 2003 abgeschlossen werden. Seit längerer Zeit sei eine Rehabilitationsmöglichkeit in der Schweiz gesucht worden. Für so schwer anorexi Kranke gebe es in der Schweiz keine Rehabilitationsmöglichkeit. Die Versuche, die Versicherte zu Hause zu betreuen, mit ambulanter Therapie und Schulbesuch, seien schon zweimal gescheitert. Es sei zu dramatischen Verschlechterungen gekommen, so dass es unverantwortlich wäre, die Versicherte nach Hause zu entlassen. Falls die Versicherte den therapiegestützten, intensiv begleiteten Rahmen mit jugendpsychiatrisch geschultem Personal nicht bekommen könnte, werde sie mit Wahrscheinlichkeit wieder einen Rückschritt machen.

Dr. H. berichtete am 21. Oktober 2003 (Urk. 18/4/10/2 = Urk. 3/19/2), dass sich die Versicherte seit 1. Juli 2003 im Sinne einer Eingliederungsmassnahme in der Jugendhilfe-Abteilung befinde. Die derzeitigen Diagnosen lauteten:

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

2. Zwangshandlungen und Zwangsgedanken (Rituale nur partiell gebessert)

3. Gute Intelligenzlage

4. Massiv manipulatives Verhalten

Die Anorexia nervosa sei derzeit l ngenbezogen mit einem Körpergewicht von 45 kg kompensiert. Es best nden jedoch noch erhebliche Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und Rituale mit deutlich bessernden Tendenzen. Jedoch sei zum Beispiel ein externer Schulbesuch nicht möglich ohne massive Rezidivtendenz. Bei geringfügigen Störungen des Tagesablaufes (Ausflug, Enttäuschung, Missgeschicke, geübte Kritik, Geburtstagsfeier, Besuch etc.) nähmen die Zwangsmotorik, die psychomotorische Unruhe, Konzentrationsstörungen, pathologisches Essverhalten und Regression wieder zu. Daher seien permanente Kontrolle, sozialpädagogische Führung und regelmässig engmaschige Psychotherapie mit gelegentlichen psychotherapeutischen Interventionen noch unverzichtbar. Ausserdem seien noch minutiöse koordinative Absprachen der Betreuer im Rahmen des Behandlungsteams notwendig. Aus einer Gesamtbeurteilung und dem Verlauf der Behandlung des sehr schweren Krankheitsbildes - noch im Frühjahr 2003 - sei eine deutliche Besserung auf allen Gebieten sowie in der Anorexie und der Zwanghaftigkeit zu verzeichnen. 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.

#### E. 6.8

Im Verlaufsbericht vom 19. Januar 2004 (Urk. 18/4/10/3 = Urk. 3/19/3) erwähnte Dr. H.\_\_\_\_, dass Fortschritte der Gesamtentwicklung der Versicherten positiv seien und etwa wie vorauszusehen. Belastungsproben, wie der Versuch des externen Schulbesuchs, Heimaufenthalte, zeitweilig unkontrollierte Essenspl ne, Konflikt berwindung und Kritikvertr glichkeit seien seit Beginn 2004 eingesetzt worden. Es sei denkbar, dass sich die Entwicklung der Störung positiv dynamisiere und eventuell in Zukunft andere Formen der Betreuung und Behandlung eingesetzt werden könnten. Auf jeden Fall werde auch nach Änderung einer stationären Eingliederung eine ambulante fachliche Weiterbetreuung längerfristig und weitmaschiger anzusetzen sein.

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 10. Februar 2003 (Urk. 18/17) aus, eine Weiterbehandlung der Versicherten sei an und für sich indiziert. Man hätte allerdings in der Zwischenzeit sicher einen Platz irgendwo in der Schweiz finden können, um die Therapie weiterzuführen. Nachteile der Transferierung in die Schweiz wären natürlich die neuen Kontaktpersonen und wahrscheinlich der Preis. In den alten Unterlagen sehe er, dass ein Aufenthalt in Schopfheim 102 Euro koste und in der Schweiz wäre es wesentlich teurer. Aus diesem Grund würde er die Kostenübernahme nochmals akzeptieren.

In der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 30. März 2004 (Urk. 18/3) führte Dr. J.\_\_\_\_ aus, das Mädchen sei im Jahre 2002 erkrankt. Wegen damals fehlendem kinderpsychiatrischen Platzangebot in der Schweiz sei grossz gigerweise ein

Aufenthalt in Deutschland bewilligt worden. Dieser Aufenthalt sei offensichtlich vom 1. Juni 2002 bis 15. Juni 2003 erfolgt. Eine Spitalbedürftigkeit sei sicher schon lange nicht mehr gegeben bei dieser Erkrankung. Und falls das Mädchen nicht nach Hause gehen könne und ambulant und von dort aus behandelt werde, sei eine Wohngemeinschaft mit therapeutischer Begleitung in der Schweiz zu suchen. Die Bewilligung für Deutschland sei 2002 gegeben worden mit der Vorgabe, dass möglichst rasch in der Schweiz eine therapeutische Station vorerst in der Kinderpsychiatrie und später ausserhalb gesucht werde. Er könne sich nicht vorstellen, dass in diesem Fall in zwei Jahren in der Schweiz keine therapeutische Station habe gefunden werden können und er würde die Kostenübernahme ablehnen. Eine Spitalbedürftigkeit im eigentlichen Sinne bestehe schon lange nicht mehr.

## E. 7

7.1 Diese ärztliche Angaben erlauben keine hinreichend schlüssige Beurteilung der Frage, ob die Versicherte ab 16. Mai 2002 bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides, welcher die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis darstellt (RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101), stationäre Behandlungsbedürftig war und ob diese stationäre Behandlung nur in Deutschland erfolgen konnte.

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat die Spitalbedürftigkeit lediglich gestützt auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. J. \_\_\_ verneint. Dessen Stellungnahmen erfüllen jedoch die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichtes (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) nicht. Seine Berichte vom 10. Februar und 2003 und 30. März 2004 sind überaus kurz gehalten und beruhen nicht auf persönlichen Untersuchungen. Entscheidend ist jedoch, dass sich der Vertrauensarzt mit den Vorakten (Anamnese) überhaupt nicht auseinandersetzt und unklar ist, ob ihm alle medizinischen Akten vorlagen. Mit der Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. H. \_\_\_, der in verschiedenen Berichten die Spital- und Rehabilitationsbedürftigkeit bejahte, setzt er sich nicht auseinander und begründet seine abweichende Beurteilung der Spital- und Rehabilitationsbedürftigkeit nicht näher. Und auch auf die medizinische Situation, das heisst das vorliegende offenbar schwere psychiatrische Krankheitsbild, das sich nicht auf die Anorexie beschränkt, geht der Vertrauensarzt nicht ein. Seine Folgerung, eine Spitalbedürftigkeit im eigentlichen Sinne bestehe schon lange nicht mehr, ist deshalb nicht nachvollziehbar begründet, und es bleibt auch unbeantwortet, ob allenfalls wegen persönlicher Lebensumstände, insbesondere der familiären Verhältnisse, die Behandlung nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann oder ob allenfalls die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation erfüllt sind.

7.3 Auf die verschiedenen Berichte des behandelnden Arztes Dr. H. \_\_\_ kann indessen auch nicht abschliessend abgestellt werden. Es gilt zu beachten, dass Dr. H. \_\_\_ als Leitender Arzt der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, A. \_\_\_, \_\_\_, Deutschland, ein Interesse an einer stationären Behandlung der Versicherten haben konnte (vgl. BGE 120 V 206 ff. Erw. 6). Seinen Angaben kann im Hinblick auf einen möglichen Interessenkonflikt kein voller Beweiswert zuerkannt werden, umso mehr als seine Berichte je nach Adressat - Invalidenversicherung oder Krankenversicherer - ein abweichendes Bild über die Schwere des Krankheitsbildes und die Prognose zeichnen. In seinen Berichten äussert sich Dr. H. \_\_\_ auch unterschiedlich zur Frage der ambulanten Weiterbehandlungsmöglichkeit und es ist unklar, ob und ab welchem Zeitpunkt er allenfalls eine Spitalbehandlungsbedürftigkeit verneint, jedoch weiterhin eine

stationäre Rehabilitation in einer jugendpsychiatrischen Institution für notwendig erachtet. Nicht auszuschliessen ist zudem, dass die Spital- und Rehabilitationsbedürftigkeit in der Schweiz und in Deutschland unterschiedlich definiert werden, was auch für die Abgrenzung zwischen Invalidenversicherung und Krankenversicherung gilt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weitere medizinische Berichte zur Spitalbedürftigkeit ab Mitte Mai 2003 liegen nicht vor.

7.4 Ä Ä Ä Ä Angesichts dieser Beweislage ist festzustellen, dass der Sachverhalt sowohl bezüglich der Schwere des Krankheitsbildes der Versicherten als auch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten in medizinischer Hinsicht (Spitalbedürftigkeit, stationäre Rehabilitation in einer jugendpsychiatrischen Einrichtung oder ambulante Behandlung) ungenügend abgeklärt ist. Es ist deshalb eine fachärztliche Abklärung über die bei der Versicherten in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten notwendig, wobei die persönlichen Lebensumstände der Versicherten zu berücksichtigen sind. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen vornehme und danach über die Leistungspflicht neu entscheide. Im Rahmen des Neurentscheids wird allenfalls auch die Notwendigkeit der Auslandbehandlung zu prüfen sein.

7.5 Ä Ä Ä Ä Auf Grund dieser Erwägungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Da die Sache zur Überprüfung der Leistungspflicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, besteht kein Anspruch auf eine Vorleistungspflicht des Krankenversicherers, was ohne Weiteres zur Abweisung des entsprechenden Begehrens führt.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. April 2004 aufgehoben und die Sache an die Krankenkasse Agrisano zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen die notwendigen Abklärungen treffe und hernach über ihre Leistungspflicht für die Behandlung von W. \_\_\_ in der Therapeutischen Gemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, A. \_\_\_, \_\_\_, Deutschland, ab dem 16. Mai 2003 befinde. Im Übrigen wird der angefochtene Einspracheentscheid bezüglich Ablehnung der Vorleistungspflicht bestätigt und die Beschwerde insoweit abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- B. \_\_\_

- Krankenkasse Agrisano

- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.