

# GR\_GERICHTE S 2024 57 vom 29. Oktober 2024

GR Gerichte, 2024-10-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2024 57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2024_57)

FR: GR\_GERICHTE S 2024 57 du 29 octobre 2024

IT: GR\_GERICHTE S 2024 57 del 29 ottobre 2024

## Regeste

Versicherungsleistungen nach KVG | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

B.\_\_\_\_\_, geb. 1985, ist bei der A.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: A.\_\_\_\_\_) gegen die Folgen von Krankheit versichert. Mit Urteil vom 12. September 2019 ordnete das Regionalgericht C.\_\_\_\_\_ bei diagnostizierter paranoider Schizophrenie eine stationäre therapeutische Massnahme gemäss Art. 59 StGB an. Dieses Urteil bestätigte das Kantonsgericht von Graubünden am 23. Juni 2021. B.\_\_\_\_\_ befindet sich in der D.\_\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_\_ (E.\_\_\_\_\_) im Massnahmenvollzug.

### E. 1.1

Im Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als Versicherungsgericht müssen die Prozess- bzw. Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sein, damit auf eine Beschwerde eingetreten, die Sache materiell geprüft und ein Sachentscheid gefällt wird. Die angerufene Behörde prüft von Amtes wegen, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, was die Rechtssuchenden jedoch nicht entbindet, diese zu substantizieren. Die Prozessvoraussetzungen müssen sowohl im Zeitpunkt der Beschwerdeeinreichung als auch grundsätzlich im Zeitpunkt der Entscheid-fällung noch gegeben sein (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 23 137 vom 27. Februar 2024 E.1.1, S 23 120 vom 9. Januar 2024 E.1.1, U 22 9 vom 17. März 2022 E.1, R 21 54 vom 22. Februar 2022 E.1, R 21 60 vom 24. November 2021 E.1, R 20 77 vom 14. September 2021 E.1.1 und U 19 52 vom 10. November 2020 E.2.1).

- 7 -

### E. 1.2

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2024 (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act.] 9). Dieser stellt gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ein taugliches Anfechtungsobjekt dar. Die sachliche und funktionelle Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts richtet sich beim Vorliegen eines solchen Entscheides nach Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Danach beurteilt das Verwaltungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Dies trifft hier zu: Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Entscheid der

Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2024, mit welchem diese in Abweisung der Einsprache des Beschwerdeführers die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung von B.\_\_\_\_\_ nach dem 31. Dezember 2022 abgelehnt und ab dem 1. Januar 2023 einen Pflegebeitrag in der Höhe von CHF 19.20 pro Tag gewährt hat (vgl. Dispositivziffern 3.1 und 3.2). 1.3.1. Näher zu prüfen ist im Weiteren die Beschwerdebefugnis des Beschwerdeführers. Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Das "Berührtsein" stellt nicht eine selbstständige und damit kumulativ zum schutzwürdigen Interesse zu erfüllende Legitimationsvoraussetzung, sondern letztlich eine Präzisierung desselben im Sinne einer spezifischen Beziehungsnähe zur Streitsache dar (vgl. BGE 133 II 400 E.2.2 und 133 V 188 E.4.3.1; WALDMANN, in: NIGGLI/ÜBERSAX/WIPRÄCHTIGER/KNEUBÜHLER [Hrsg.], Basler Kommentar, Bundesgerichtsgesetz, 3. Aufl., Basel 2018, Art. 89 Rz. 10). Der Begriff

- 8 - des schutzwürdigen Interesses in Art. 59 ATSG für das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist gleich auszulegen wie derjenige nach Art. 89 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) für das Verfahren der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (vgl. BGE 149 V 49 E.5.1, 148 V 265 E.1.4.1 und 138 V 292 E.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_583/2022 vom 22. März 2023 E.5.1, 9C\_441/2022 vom 22. Februar 2023 E.2 und 8C\_98/2022 vom 6. April 2022 E.4.2). Als schutzwürdiges Interesse im legitimationsrechtlichen Sinne gilt jedes (aktuelle) praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einem Verwaltungsakt betroffene Person an dessen Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde verschaffen würde, oder – anders ausgedrückt – im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen der angefochtene Verwaltungsakt mit sich bringen würde (vgl. BGE 147 I 478 E.2.2, 141 II 14 E.4.4 und 133 V 188 E.4.3.1). Ein schutzwürdiges Interesse im Sinne von Art. 59 ATSG und Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG liegt demnach vor, wenn die tatsächliche oder rechtliche Situation des Rechtsuchenden durch den Ausgang des Verfahrens beeinflusst werden kann. Dabei wird verlangt, dass die Beschwerde führende Person durch den angefochtenen Verwaltungsakt stärker als jedermann betroffen ist und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache steht (vgl. BGE 138 V 292 E.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_98/2022 vom 6. April 2022 E.4.2; WALDMANN, in: NIGGLI/ÜBERSAX/WIPRÄCHTIGER/KNEUBÜHLER [Hrsg.], a.a.O., Art. 89 Rz. 15 ff.). 1.3.2. Besondere Bedeutung kommt dem Legitimationserfordernis zu, wenn nicht der formelle und materielle Adressat, sondern ein Dritter einen Entscheid anfecht. Hier haben die Legitimationsanforderungen die Funktion, die Populärbeschwerde auszuschliessen, weshalb bei der

- 9 - Bejahung der Beschwerdelegitimation von Drittbeschwerdeführern Zurückhaltung geboten ist. Erforderlich ist ein spezifisches Rechtsschutzinteresse, welches nur bejaht wird, wenn der Dritte ein unmittelbares und konkretes Interesse an der Aufhebung oder Änderung des Entscheids hat oder eine spezifische, besonders nahe Beziehung zur Streitsache für sich in Anspruch nehmen kann (vgl. BGE 146 V 331 E.1.1 und 133 V 188 E.4.3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_884/2018 vom 1. Mai 2019 E.1, 9C\_455/2014 vom 9. März 2015 E.3.3.1, 8C\_634/2014 vom 17. Februar 2015 E.6.2, 9C\_861/2013 vom 22. Oktober 2014 E.1.1 und 8C\_624/2007 vom 20. Mai 2008 E.3.1.1). Stammt eine Beschwerde von einem

Dritten, so muss ein – wie auch immer geartetes – besonderes eigenes Berührtsein vorhanden sein. Der Dritte muss ein selbständiges, eigenes Rechtsschutzinteresse an der Beschwerdeführung haben, was voraussetzt, dass ihm aus dem streitigen Verwaltungsakt ein unmittelbarer Nachteil erwächst; bloss mittelbare, faktische Interessen an dessen Aufhebung oder Änderung reichen nicht aus (vgl. BGE 138 V 292 E.4; Urteile des Bundesgerichts 1C\_13/2021 vom 10. Januar 2022 E.2.2, 9C\_787/2017 vom 16. August 2018 E.2.1 und 9C\_861/2013 vom 22. Oktober 2014 E.1.1; BOLLINGER, in: FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Basel 2020, Art. 59 Rz. 14; WALDMANN, in: NIGGLI/ÜBERSAX/WIPRÄCHTIGER/KNEUBÜHLER [Hrsg.], a.a.O., Art. 89 Rz. 19 ff.). 1.3.3. Vorliegend führt der Kanton Graubünden, vertreten durch das AJV, Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024, mit welchem insbesondere die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung von B.\_\_\_\_\_ nach dem 31. Dezember 2022 (weiterhin) abgelehnt wurde (vgl. Bf-act. 9). Gemäss Art. 372 Abs. 1 Satz 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) vollziehen die Kantone die von ihren Strafgerichten aufgrund dieses Gesetzes

- 10 - ausgefallten Urteile. Gestützt auf Art. 380 Abs. 1 StGB tragen sie die Kosten des Straf- und Massnahmenvollzugs. Nach Art. 59 StGB kann das Gericht im Falle eines psychisch schwer gestörten Täters eine stationäre Behandlung anordnen, wenn (lit. a) der Täter ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat, das mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang steht, und (lit. b) zu erwarten ist, dadurch lasse sich der Gefahr weiterer mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten begegnen (Abs. 1). Die stationäre Behandlung erfolgt in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder einer Massnahmevollzugseinrichtung (Abs. 2). Solange die Gefahr besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht, wird er in einer geschlossenen Einrichtung behandelt (Abs. 3 Satz 1); er kann auch in einer Strafanstalt nach Art. 76 Abs. 2 StGB behandelt werden, sofern die nötige therapeutische Behandlung durch Fachpersonal gewährleistet ist (Abs. 3 Satz 2). Der mit der stationären Behandlung verbundene Freiheitsentzug beträgt in der Regel höchstens fünf Jahre (Abs. 4 Satz 1). Die Krankenversicherungen müssen für verurteilte Personen, die nach Art. 3 KVG dem Krankenversicherungsobligatorium unterstehen, die Kosten der Leistungen gemäss Art. 25 ff. KVG übernehmen. Die Kosten für die medizinisch gebotene Behandlung einer psychischen Störung oder Suchterkrankung können daher vom Leistungsträger zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Sämtliche Kosten, welche nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden, sind als justizspezifische Leistungen und damit Vollzugskosten anzusehen und deswegen vom Staat zu tragen. Die Kosten zulasten des Justizvollzugs berechnen sich damit aus den Vollkosten der therapeutischen Massnahme abzüglich der Kostenbeiträge aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (vgl. zum Ganzen auch: FREY, Der Leistungsvertrag und dessen Anwendung auf dem Gebiet des Straf- und Massnahmenvollzugs, Zürcher Studien - 11 - zum öffentlichen Recht [ZStöR], Band Nr. 266, 2019, S. 247 ff.). Die Legitimation des Beschwerdeführers ist folglich aufgrund seiner subsidiären Kostentragungspflicht gegeben.

#### **E. 1.4**

Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

## **E. 2**

Nach Erteilung mehrerer befristeter Kostengutsprachen lehnte die A.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 30. November 2020 eine Kostenübernahme für die stationäre Behandlung namentlich mangels Spitalbedürftigkeit ab dem 29. Juni 2019 ab. Dagegen liess der Kanton Graubünden, vertreten durch das Amt für Justizvollzug Graubünden (nachfolgend: AJV), Einsprache erheben und eine Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Chefärztin Forensische Psychiatrie bzw. Stv. Ärztliche Direktorin der E.\_\_\_\_\_ sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Januar 2021 einreichen. Darin führte diese namentlich aus, B.\_\_\_\_\_ nehme die verordneten Medikamente nur ein, weil er sich in intensiver stationärer Betreuung im strafrechtlichen Kontext befinde. Seit dem Krankheitsbeginn im Jahre 2014 habe nie eine suffiziente ambulante Behandlung etabliert werden können, was auch dazu beigetragen habe, dass zwischenzeitlich eine schwere Chronifizierung eingetreten sei, welche die Behandelbarkeit erschwere. B.\_\_\_\_\_ sei schwer beeinträchtigt, aber weder krankheits- noch behandlungseinsichtig. Daraufhin hiess die A.\_\_\_\_\_ die Einsprache mit Entscheid vom 11. Februar 2020 (recte: 2021) gut und erteilte rückwirkende Kostengutsprache für die stationäre Behandlung bis Ende Februar 2022, welche sodann bis zum 31. Dezember 2022 verlängert wurde.

- 3 -

### **E. 2.1**

Streitgegenstand bildet vorliegend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung von B.\_\_\_\_\_ über den 31. Dezember 2022 hinaus zu Recht abgelehnt bzw. ab dem 1. Januar 2023 zu Recht einen Pflegebeitrag zugesprochen hat.

### **E. 2.2**

Zu beachten ist dabei, dass der Beschwerdeführer im Hauptbegehren die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines externen medizinischen Gutachtens zur Frage der Spitalbedürftigkeit und anschliessendem neuen Entscheid beantragt. Dies bezweckt, einen als nicht rechtsgenügend abgeklärt gerügten Sachverhalt zu vervollständigen. Mit anderen Worten ist nach Ansicht des Beschwerdeführers im Gutheissungsfall nicht reformatorisch, sondern bloss kassatorisch zu entscheiden, indem die Angelegenheit zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Streitig ist somit in erster Linie, ob die Frage der Spitalbedürftigkeit über den 31. Dezember 2022 hinaus hinreichend abgeklärt worden ist.

## **E. 3**

Mit Schreiben vom 30. Dezember 2022 verweigerte die A.\_\_\_\_\_ die Übernahme der Kosten für die psychiatrische Behandlung mangels Spitalbedürftigkeit über den 31. Dezember 2022 hinaus. Ein Wiedererwägungsgesuch lehnte die A.\_\_\_\_\_ am 24. Januar 2023 ab.

### **E. 3.1**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Nach Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt sie die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und

Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem

- 12 - Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG). Im Weiteren übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie für den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. d und e KVG).

### **E. 3.2**

Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

#### **E. 3.2.1**

Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt, mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg) (vgl. BGE 145 V 116 E.3.2.1, 139 V 135 E.4.4.1, 133 V 115 E.3.1 und 130 V 299 E.6.1; EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, Rz. 329).

#### **E. 3.2.2**

Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (vgl. BGE 137 V 295 E.6.2 und 130 V 299 E.6.1; Urteile des Bundesgerichts

- 13 - 9C\_736/2020 vom 10. Dezember 2021 E.4.1 und 9C\_246/2020 vom 4. März 2021 E.5.2). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt damit von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (vgl. BGE 139 V 135 E.4.4.2 und 130 V 532 E.2.2).

#### **E. 3.2.3**

Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (vgl. Art. 5 Abs. 2 der

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (vgl. BGE 142 V 26 E.5.2.1, 139 V 135 E.4.4.3 und 136 V 395 E.7.4). Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur

- 14 - auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär (bzw. teilstationär) durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (vgl. BGE 139 V 135 E.4.4.3 und 126 V 334 E.2b).

### **E. 3.3**

Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt unter anderem aus Wirtschaftlichkeitsgründen eine Krankheit voraus, welche nur in einem Spital behandelt werden kann, d.h. es bedarf einer Spitalbedürftigkeit (vgl. VGU S 24 4 vom 12. März 2024 E.3.4; siehe dazu E.3.5.1 f. hiernach). Das Erfordernis der Spitalbedürftigkeit ist somit für den Regelfall Ausfluss des Gebots wirtschaftlicher Behandlungsweise; es gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Alternativen (vgl. EUGSTER, a.a.O., Rz. 445).

### **E. 3.4**

Gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 1 KVG richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalten nach dem Spitaltarif (vereinbarte Pauschale), solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Liegt keine Spitalbedürftigkeit vor, so kommt gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 2 KVG für den Spitalaufenthalt der Tarif für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim nach Art. 50 KVG zur Anwendung (vgl. WALDNER/EGLI, in: BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/STAFFELBACH [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Art. 49 Rz. 167). Für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs wird somit die Unterscheidung zwischen Spitalbedürftigkeit im Spitalumfeld und Pflegebedürftigkeit (Art. 35 Abs. 2 lit. k und Art. 39 Abs. 3 KVG) getroffen (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts Basel-Stadt KV.2023.16 (SVG.2024.55) vom 8. Februar 2024 E.3.3.3). Das Gesetz nennt dabei keine zeitlichen Grenzen, ab welchen bei länger dauernder Krankheit die

- 15 - Akutphase abgeschlossen ist. Nach der Rechtsprechung dauert die Akutphase in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 4A\_67/2014 vom 4. März 2015 E.5.2, 9C\_67/2014 vom 5. Februar 2015 E.2.2.1, 9C\_107/2011 vom 28. Februar 2011 E.2.2 und 9C\_447/2010 vom 18. August 2010 E.2.1). Bei der Abgrenzung von Spitalbedürftigkeit und – daran anschliessender – blosser Pflegebedürftigkeit ist dem

behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen (vgl. BGE 124 V 362 E.2c; Urteile des Bundesgerichts 4A\_67/2014 vom 4. März 2015 E.5.2, 9C\_67/2014 vom 5. Februar 2015 E.2.2.2 und 9C\_447/2010 vom 18. August 2010 E.2.2). 3.5.1. Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Zusätzlich bedarf es einer Spitalbedürftigkeit. Diese ist einerseits gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. BGE 126 V 323 E.2b; Urteile des Bundesgerichts 9C\_253/2020 vom 2. Juni 2020 E.2.3 und 4A\_67/2014 vom 4. März 2015 E.5.1; EUGSTER, a.a.O., Rz. 445). Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_253/2020 vom 2. Juni 2020 E.2.3 und 9C\_413/2012 vom 14. Februar 2013 E.4.2;

- 16 - EUGSTER, a.a.O., Rz. 445). Unter Umständen kann eine Leistungspflicht für einen Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann. Eine Spitalbedürftigkeit hängt somit nicht allein von der Erforderlichkeit ärztlicher Interventionen ab (vgl. Urteile des Bundesgerichts 4A\_67/2014 vom 4. März 2015 E.5.3 und 9C\_67/2014 vom 5. Februar 2015 E.2.3, je mit Hinweisen). Sie ist ausgewiesen, wenn die konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheims überfordern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A\_67/2014 vom 4. März 2015 E.7.2.1). 3.5.2. Die Tatsache allein, dass die Behandlung und der Aufenthalt in einem Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind, ist für die Übernahme der Hospitalisationskosten nicht entscheidend. Die Anspruchsvoraussetzung der Spitalbedürftigkeit beurteilt sich nach objektiven Kriterien. In zeitlicher Hinsicht sind für die Frage der Spitalbedürftigkeit und deren Beurteilung die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts massgebend. Die Dauer eines Spitalaufenthalts ist auf das erforderliche Mass zu begrenzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_107/2011 vom 28. Februar 2011 E.4.1 und K 51/00 vom 26. September 2000 E.2b; EUGSTER, a.a.O., Rz. 448 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 23. Februar 2023 kam Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Träger des Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt SGV, zum Schluss, dass die Spitalbehandlungsbedürftigkeit nach dem 31. Dezember 2022 nicht mehr gegeben sei. Aufgrund der daran von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 28. März 2023 geäusserten Zweifel holte die A.\_\_\_\_\_ eine weitere vertrauensärztliche Beurteilung bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Träger des Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt SGV, ein. Dieser hielt am 28. April 2023 dafür, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand von B.\_\_\_\_\_

inzwischen deutlich verbessert habe und keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vorliege. Dazu nahm PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 15. Juni 2023 in ablehnender Weise Stellung.

#### **E. 4.1**

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunfts- und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/ Genf 2020, Art. 43 Rz. 13 ff. und Rz. 96 ff.). Die

- 17 - Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen bzw. liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. BGE 144 V 361 E.6.5, 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3 und 124 V 90 E.4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_414/2022 vom 24. Januar 2023 E.4.1 f., 9C\_58/2022 vom 7. Juni 2022 E.4.1.1 f., 8C\_521/2021 vom 22. März 2022 E.3.1.1 f., 9C\_377/2021 vom 22. Oktober 2021 E.5.3.1, 8C\_641/2019 vom 8. April 2020 E.3.3.1, nicht publ. in: BGE 146 V 121, 8C\_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E.3.1 und 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E.2.1; KIESER, a.a.O., Art. 43 Rz. 18 f. und Rz. 29 f.). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an die Verwaltung zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E.5). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (Art. 43 Abs. 1 ATSG) oder des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c ATSG) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (vgl. BGE 144 V 427 E.3.2 und 138 V 218 E.6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_414/2022 vom 24. Januar 2022 E.4.3).

- 18 - 4.2.1. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 143 V 124 E.2.2.2, 134 V 231 E.5.1 und 125 V 351 E.3a). 4.2.2. In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll gemäss Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b/cc; Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2022 vom 25. Mai 2023 E.5.4,

8C\_736/2021 vom 22. März 2022 E.5.2 und 8C\_660/2020 vom 1. Februar 2021 E.4.4). Allerdings geht es entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht an, den Stellungnahmen von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ generell die Möglichkeit abzusprechen, die Zuverlässigkeit der Feststellungen der Vertrauensärzte in Zweifel zu ziehen. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen, worunter namentlich auch die beratenden Ärzte und Ärztinnen bzw. die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen der Krankenversicherer gemäss Art. 57 KVG fallen, kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Generell sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

- 19 - versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1, 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f. sowie 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E.4.3, 8C\_549/2021 vom 7. Januar 2022 E.7.1 und 8C\_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4). 5. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass beim Versicherten ab dem 1. Januar 2023 keine Spitalbedürftigkeit mehr vorgelegen habe. Dabei stützt sie sich auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2023 (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 17) und diejenige von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2023 (vgl. Bg-act. 20) ab, welche sie für schlüssig und nachvollziehbar hält (vgl. Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 [Bg-act. 26 = Bf-act. 9] und Vernehmlassung vom 29. August 2024 Rz. 25). Demgegenüber ist der Beschwerdeführer gestützt auf die gegenteiligen Stellungnahmen von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ der Ansicht, dass der rechtserhebliche Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei. 6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Spitalbedürftigkeit des Versicherten sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

## **E. 5**

Nachdem sich die A.\_\_\_\_\_ zunächst noch damit einverstanden erklärt hatte, zur Klärung der Angelegenheit eine einvernehmliche, externe Begutachtung in Auftrag zu geben und deren Resultat anzuerkennen, lehnte sie dieses Vorgehen sodann im Januar 2024 ab, da sie nach interner Reevaluation zum Schluss gelangt sei, dass der Sachverhalt bereits genügend abgeklärt worden sei.

## **E. 6**

Mit Verfügung vom 13. Februar 2024 lehnte die A.\_\_\_\_\_ die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung nach dem 31. Dezember 2022 ab und gewährte einen Pflegebeitrag im Rahmen der Pfl egetaxen. Dagegen liess der Kanton Graubünden, vertreten durch das AJV, Einsprache erheben. Auf Nachfrage reichten die E.\_\_\_\_\_ die pflegerischen Verläufe und den Behandlungsplan für B.\_\_\_\_\_ ein, gestützt

- 4 - auf welche die A.\_\_\_\_\_ die Höhe des Pflegebedarfs berechnete. Dazu liess sich der Kanton Graubünden, vertreten durch das AJV, am 15. Mai 2024 vernehmen. Mit Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 wies die A.\_\_\_\_\_ die Einsprache ab, lehnte weiterhin die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung nach dem 31. Dezember 2022 ab und gewährte ab dem 1. Januar 2023 einen Pflegebeitrag in der Höhe von CHF 19.20 pro Tag. Sie kam zum Schluss, dass die kurzen Stellungnahmen von PD Dr. med.

F.\_\_\_\_\_ die beiden Beurteilungen der Vertrauensärzte, welche nachvollziehbar darlegten, dass aus medizinischer Sicht nach dem 31. Dezember 2022 keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vorliege, nicht in Zweifel zu ziehen vermöchten.

### **E. 6.1**

In ihrer Stellungnahme zu den vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gestellten Fragen führte PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 18. Januar 2021 aus, B.\_\_\_\_\_ nehme die gegenwärtig verordnete Medikation nur ein, weil er sich in stationärer Behandlung befinde. Die aktuelle Medikation sei knapp hinreichend, um die Symptomatik der psychischen Erkrankung soweit zu kontrollieren, dass diese keine unmittelbare Handlungsrelevanz habe. Die Symptomatik, vor allem die Wahnvorstellungen, sei unterschwellig nach wie vor vorhanden. Deshalb wäre aus psychiatrischer Sicht ein Medikamentenwechsel bzw. die - 20 - Verordnung eines weiteren antipsychotisch wirkenden Präparats indiziert, was B.\_\_\_\_\_ aber gegenwärtig ablehne. Auch im stationären Rahmen sei es immer wieder zu Schwankungen im gemessenen Medikamentenspiegel mit zum Teil subtherapeutischen Werten gekommen. Sie gehe daher davon aus, dass B.\_\_\_\_\_ die verordneten Medikamente auch unter sehr enger Kontrolle nicht regelmässig einnehme, was im Wesentlichen dadurch begründet sei, dass er keinerlei Krankheitseinsicht zeige. Er nehme die Medikamente nur ein, weil er sich in intensiver stationärer Betreuung im strafrechtlichen Kontext befinde. Seit dem Krankheitsbeginn im Jahre 2014 habe nie eine suffiziente ambulante Behandlung etabliert werden können, was auch dazu beigetragen habe, dass zwischenzeitlich eine schwere Chronifizierung eingetreten sei, welche die Behandelbarkeit erschwere. In den bisherigen alltagspsychiatrischen Hospitalisationen habe B.\_\_\_\_\_ jeweils kurzfristige Kooperationsbereitschaft gezeigt, um möglichst schnell einen Austritt erwirken zu können. Unmittelbar nach Austritt habe er die Kooperation bezüglich der therapeutischen Massnahmen indes wieder eingestellt. Dies sei dadurch begründet, dass keine Krankheitseinsicht und zudem weiterhin akute Symptome vorlägen (z.B. dass die behandelnden Ärzte Teil einer Verschwörung der Pharmaindustrie seien), die von B.\_\_\_\_\_ dissimuliert würden. Eine Zwangsmedikation in einem ambulanten Setting sei aus hiesiger Sicht nicht durchführbar. B.\_\_\_\_\_ müsste gegen seinen Willen zugeführt, physisch fixiert und allenfalls auch isoliert werden. Dabei sei mit einem hohen Mass an Fremdaggression zu rechnen, wie dies anlässlich einer Zwangsmassnahme im September 2019 zu beobachten gewesen sei. Es sei in der Vergangenheit bereits einmal versucht worden, eine Depotmedikation mit einem neuroleptischen Präparat im ambulanten Setting zu etablieren. Bei einer geplanten Verabreichung durch den Hausarzt sei B.\_\_\_\_\_ vor der Verabreichung aus der Praxis entwichen und habe polizeilich gesucht werden müssen. Infolge des Polizeieinsatzes habe B.\_\_\_\_\_ seinen Führerausweis

- 21 - verloren, was er heute noch in unmittelbarem kausalem Zusammenhang mit der Depotmedikation bringe. Zusammenfassend führte PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, sie gehe aufgrund des Krankheitsverlaufs und der schwierigen Behandelbarkeit nicht davon aus, dass ambulante Therapiemassnahmen erfolgsversprechend seien, d.h. mit dem Ziel der Symptomverbesserung und Risikosenkung für Eigen- und Fremdgefährdung durchführbar seien. Wie erwähnt, sei B.\_\_\_\_\_ zwar schwer beeinträchtigt, aber nicht krankheits- und behandlungseinsichtig. Er weise psychopathologische Symptome auf, die zu einem hohen Fremdgefährdungspotenzial vor allem für Personen im sozialen Nahraum (Familie) führten (Beeinträchtigungserleben, Verfolgungswahn sowie Gefühl, durch äussere Mächte in seiner körperlichen und psychischen Integrität geschädigt zu werden). Im reizarmen, strukturierten

und kontrollierenden Setting einer geschlossenen Abteilung und unter medikamentöser Behandlung könnten diese Symptome insoweit kompensiert werden, dass es nicht zu unmittelbaren fremdaggressiven Handlungen komme. Dies sei allerdings nicht auf eine ausserklinische Situation übertragbar. Nicht zuletzt bestehe durch die Krankheitssymptome auch eine deutliche Selbstgefährdung, die sich auch in der Vergangenheit gezeigt habe (Verwahrlosung, Desorganisation, einmalig Suizidalität). Nach Absetzen der Medikamente würde es innerhalb von wenigen Tagen zu einer Zustandsverschlechterung kommen, die wiederum eine stationäre Krisenintervention erforderlich machen würde. Die gegenwärtige stationäre Behandlung umfasse integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im geschlossenen stationären Setting, wöchentliche einzelpsychotherapeutische Gespräche, ärztliche Konsultationen, Überwachung der körperlichen Befunde unter medikamentöser Therapie, Sport-, Musik- und Aktivierungstherapie sowie soziomilieutheraeutische Interventionen. Unter diesem umfangreichen Behandlungsprogramm sei der psychische Zustand knapp kompensiert, von einer optimalen

- 22 - Behandlung sei gegenwärtig aber nicht auszugehen. B.\_\_\_\_\_ verfüge – wie in der Vergangenheit gezeigt – nicht über ausreichende Kompetenzen, eigenständig zu wohnen, seine administrativen Angelegenheiten zu erledigen und sich selbst bzw. seiner Gesundheit Sorge zu tragen. Aus diesen Gründen existierten gegenwärtig keine Alternativen zur Spitalbehandlung (vgl. Bg-act. 6 S. 6 ff. = Bf-act. 16).

## **E. 6.2**

Mit Bericht vom 20. April 2022 wiesen PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ bei diagnostizierter paranoider Schizophrenie darauf hin, dass die Behandlung bei vollständig fehlender Krankheitseinsicht und paranoider Verarbeitung der Psychopharmakotherapie erschwert sei, weshalb eine freiwillige Einnahme einer Neuroleptika-Medikation bisher nicht dauerhaft möglich gewesen sei. Seit Eintritt in die forensische Abteilung verlaufe die Behandlung ungünstig und es hätten keine nachhaltigen Fortschritte erreicht werden können. Zwischenzeitlich sei es immer wieder gelungen, B.\_\_\_\_\_ zur Einnahme einer Neuroleptiktherapie zu motivieren. Unter Einnahme von Paliperidon sei es zwischenzeitlich auch zu einer deutlichen Besserung des psychischen Zustandsbilds mit Verbesserung im Bereich des formalen Denkens sowie einem Rückgang der Positivsymptomatik gekommen. Eine gänzliche Remission der Positivsymptomatik habe jedoch nie vorgelegen. Es bestehe keine Krankheitseinsicht oder hinreichende Behandlungseinsicht und damit einhergehend eine unzureichende Medikamentencompliance. B.\_\_\_\_\_ habe vom 26. Oktober 2021 bis zum 13. Januar 2022 fast vollständig das ihm verordnete Antipsychotikum verweigert. Dies habe eine weitere Verschlechterung der chronifizierten psychotischen Symptomatik zur Folge gehabt. Auch danach sei anhand der erfolgten laborchemisch nachgewiesenen Blutspiegelkontrollen eine unzureichende Compliance festgestellt worden. Ab dem 17. März 2022 habe er die Medikation wieder total verweigert. Somit sei eine objektiv sichtbare Linderung der

- 23 - psychopathologischen Symptomatik nur kurzfristig erfolgt. Aktuell zeichne sich ein wieder zunehmend florid psychotisches Zustandsbild mit akustischen Halluzinationen, paranoiden Ängsten mit unter anderem Vergiftungsideen, zunehmendem parathymen Affekt sowie dysphorischer Grundstimmung und innerer Anspannung. Aufgrund der aktuellen Situation werde ein Antrag auf Anordnung der Medikation in Form einer massnahmeindizierten Zwangsmedikation gestellt. Derzeit bestünden keine Alternativen zur Behandlung im geschützten Rahmen einer spezialisierten forensisch-psychiatrischen

Abteilung (vgl. Bg-act. D2).

### **E. 6.3**

Am 18. Mai 2022 berichteten PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ von einer im Wesentlichen unveränderten Psychopathologie. Die behördlich verfügte Zwangsmedikation sei ab Mai 2022 vollstreckt worden. Nach Verweigerung der Medikation per os, sei die Indikation zur Umstellung der Zwangsmedikation auf parenterale Verabreichung gestellt worden. Am 18. Mai 2022 sei B.\_\_\_\_\_ erstmals mit Xeplion 150 mg zwangsmediziert worden. Der bisherige klinische Verlauf zeige immer eine ablehnende Haltung, weswegen davon auszugehen sei, dass die Medikation wieder verweigert werde (vgl. Bg-act. D6).

### **E. 6.4**

Mit Bericht vom 18. Juli 2022 führten Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ aus, unter der Depotmedikation mit Paliperidon (Xeplion) zeige sich wenig Rückgang der formalgedanklichen Defizite mit weiterhin bestehenden paranoiden Inhalten. Die letzte Depotspritze sei ins Wahnkonstrukt eingebaut worden. B.\_\_\_\_\_ habe im Anschluss an die erhaltene Injektion die Pflegefachfrau verfolgt. Es sei jedoch zu keinem Zwischenfall gekommen. Der laborchemisch nachgewiesene Serumspiegel liege deutlich unter dem Referenzbereich. Bei nach wie vor deutlich vorhandener paranoider Verarbeitung mit Einbezug der Pharmaindustrie und Ärzten ins Wahnkonstrukt müsse bei weiterführender Behandlung ausserhalb der engen Struktur davon ausgegangen werden, dass die "Toleranz" der Medikation nicht weiter vorhanden sei bzw. die

- 24 - Medikation verweigert und abgelehnt werde. Entsprechend sei bei Beendigung der stationären Therapie mit einer Exazerbation der psychotischen Erkrankung und damit einhergehender Fremdgefährdung zu rechnen (vgl. Bg-act. D8).

### **E. 6.5**

In ihrem Bericht vom 24. November 2022 hielten Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ zur aktuellen Psychopathologie namentlich fest, es bestehe keine Krankheits- und Behandlungseinsicht. Die aktuelle Medikamentencompliance sei überwiegend unter der behördlich verfügbaren Zwangsmedikation und der Erfahrung des Patienten, dass diese vollzogen werde, bzw. als Teil der Alltagsroutine ohne intrinsische Motivation zu sehen. Zum Verlauf führten sie aus, wegen der nach wie vor unzureichenden antipsychotischen Wirkung seien die medikamentöse Behandlung um Haloperidol 5 mg täglich oral ergänzt und die antipsychotische Depotmedikation mit Paliperidon bis zur maximal zugelassenen Dosis erhöht worden. Seitdem zeichne sich eine merkbare kontinuierliche Verbesserung mit fast vollständiger Remission der produktiv-psychotischen Symptome ab. Eine Residualsymptomatik bestehe fort. B.\_\_\_\_\_ sehe weiterhin nicht ein, dass er an einer psychischen Erkrankung leide und würde seiner Meinung nach keine medikamentöse Behandlung benötigen. Gleichzeitig toleriere er die etablierte antipsychotische Medikation vor allem unter dem Eindruck der bestehenden Verfügung zur Zwangsmedikation. Seit Ende August 2022 habe er wiederholt bejaht, die aktuelle medikamentöse Behandlung auch ohne Verfügung der Zwangsmedikation zu akzeptieren, habe seine Meinung aber auch immer wieder geändert. B.\_\_\_\_\_ sei es unter Medikation sukzessiv besser gelungen, sich in den Stationsalltag zu integrieren. Das therapeutische Angebot habe erweitert und mit Kunst- und Bewegungstherapie sowie Aktivierungstherapie begonnen werden können. Da der Patient die antipsychotische medikamentöse Behandlung in der Vorgeschichte immer

wieder abgelehnt habe, sei die

- 25 - Zwangsmedikation auf Antrag für weitere sechs Monate verfügt worden (vgl. Bg-act. D11).

#### **E. 6.6**

Mit Bericht vom 21. Dezember 2022 wiederholten Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ erneut, dass beim Patienten keine Krankheits- und Behandlungseinsicht bestehe und die aktuelle Medikamentencompliance überwiegend auf die behördlich verfügte Zwangsmedikation, welche vollzogen werde, oder die Alltagsroutine ohne intrinsische Motivation zurückzuführen sei. Beim Patienten erfolge – wie bereits im letzten Bericht beschrieben – im Rahmen einer behördlich verfügten Zwangsmedikation die Abgabe einer Depotmedikation mit Paliperidon (Xeplion) intramuskulär und Haloperidol oral (bei Verweigerung intramuskulär). Es werde ein Zusammenhang gesehen zwischen der Zustandsbesserung und der durch die verfügte Zwangsmedikation konsequent durchführbaren, suffizienten antipsychotischen Therapie. Die therapeutischen Massnahmen umfassten integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Sozio- und Milieuthherapie, Sporttherapie und die Teilnahme an der stationsinternen Beschäftigung. Bei nach wie vor fehlender Krankheitseinsicht und fehlender intrinsischer Behandlungsmotivation müsse bei weiterführender Behandlung ausserhalb des stationären forensisch-psychiatrischen Settings davon ausgegangen werden, dass B.\_\_\_\_\_ seine Medikation schnell verweigere. Weil er diese in der Vorgeschichte immer wieder abgelehnt habe, wäre es aus forensisch-psychiatrischer Sicht notwendig, die Kontinuität der Behandlung und die erreichten Erfolge abzusichern, um den Behandlungsauftrag erfüllen zu können. Dementsprechend verspreche nur eine stationäre Behandlung Erfolg (vgl. Bg-act. D16).

#### **E. 6.7**

Am 18. Januar 2023 berichtete PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erneut über den Behandlungsverlauf bei B.\_\_\_\_\_ und erachtete eine akute Spitalbedürftigkeit nach wie vor für ausgewiesen. Beim Patienten werde seit Mai 2022 eine behördlich verfügte Zwangsmedikation vollzogen,

- 26 - welche am 6. Oktober 2022 um weitere sechs Monate verlängert worden sei. Aufgrund des Behandlungsverlaufs der letzten Jahre sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting sei die Durchführung der medikamentösen Therapie unter Zwang aus fachärztlicher Sicht bis auf Weiteres alternativlos. Auch unter der inzwischen etablierten neuroleptischen Medikation, unter welcher sich zwar ein Rückgang produktiv-psychotischer Inhalte zeige, bestehe ein Residualzustand in Form einer mittelschwer bis schwer ausgeprägten Negativsymptomatik fort, weshalb B.\_\_\_\_\_ nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sei. Die Alternative zu einem stationären Klinikaufenthalt wäre nur ein intensiv betreutes Wohnheimsetting, wofür aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig aufgrund der noch bestehenden Situation der Zwangsmedikation keine Indikation gestellt werden könne. Sollte sich der Verlauf komplikationslos zeigen, sei nach Ablauf der aktuell geltenden Verordnung zur Zwangsmedikation zu erwägen, auf eine Verlängerung zu verzichten, um die medikamentöse Compliance von B.\_\_\_\_\_ im Hinblick auf die Planung eines ausserklinischen Settings unter ausreichend gesicherten Bedingungen über einen hinreichenden Zeitraum zu überprüfen. Sollte sich der weitere Verlauf in Bezug auf die

Akzeptanz der Medikation und der Rehabilitationsmassnahmen günstig darstellen, könne gegen Ende 2023 mit der Suche nach einer geeigneten Wohneinrichtung begonnen werden (vgl. Bg-act. 14 = Bf-act. 18).

### **E. 6.8**

In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 23. Februar 2023 führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, gemäss diverser fachärztlicher Einschätzungen liege eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) vor, was sich auch weitgehend konklusiv in den psychopathologischen Befunden abbilde. Ärztlicherseits sei man sich einig, dass es zur Behandlung der Akutsymptomatik einer suffizienten medikamentösen Behandlung (Neuroleptika) bedürfe, was den gängigen Leitlinien entspreche. Diese Behandlung habe nach ca. drei Jahren stationärer Behandlung mittels

- 27 - eines Paliperidonpräparats etabliert werden können. Da ein Hauptproblem im gesamten Behandlungsprozess in der fehlenden Compliance des Versicherten gesehen worden sei, sei die Einstellung auf ein Depotpräparat (Paliperidonpräparat) erfolgt, welches hervorragend zur Überwindung dieses Phänomens (Mal-compliance) geeignet sei. Die Behandlung sei wirksam. Es sei jedoch anzunehmen, dass im Rahmen der Residualsymptomatik und unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufs der Erkrankung eine Restitutio ad integrum nicht erreicht werden könne. Das maximal mögliche Therapieziel sei eine Remission, also ein vorübergehender Rückgang der Symptomatik. Ab diesem Punkt könnten durch intensive Therapie keine weiteren, signifikanten Fortschritte mehr erzielt werden. Es müsse vielmehr realistisch angenommen werden, dass insbesondere eine Betreuung und die Sicherstellung der Medikamentenabgabe erfolgen müssten, um die erreichten Therapieerfolge langfristig zu stabilisieren. Dies entspreche jedoch nicht einer Akutspitalbedürftigkeit, sondern einer pflegerischen Begleitung und Betreuung, wie sie üblicherweise in betreuten Wohneinrichtungen für chronisch psychisch Erkrankte erfolge. Es werde argumentiert, dass die Zwangsmedikation das zentrale Element der Behandlung sei und diese nicht ambulant erfolgen könne, sobald sie unter Anwendung physischen Zwangs vollzogen werden müsse. Es sei nicht verlässlich prognostizierbar, ob jede Depotgabe unter Anwendung physischen Zwangs durchgeführt werden müsse (im August habe der Versicherte z.B. angegeben, die Medikation auch ohne Verfügung der Zwangsmedikation zu akzeptieren). Zudem erfolge die Gabe von Xeplion lediglich einmal monatlich. Überdies erfülle der Versicherte mittlerweile die Zulassungsvoraussetzungen für die Anwendung des 3-Monats-Depot- Präparats Trevicta. Es sei daher medizinisch möglich, die Anzahl der Medikation auf vier Mal pro Jahr zu reduzieren. Wie viele davon unter Anwendung physischen Zwangs erfolgen müssten, sei medizinisch nicht vorhersehbar. Die (idealerweise viermal jährliche) Gabe eines

- 28 - Medikaments, die möglicherweise nicht im ambulanten Setting durchgeführt werden könne, da sie eventuell unter Einsatz physischen Zwangs erfolgen könne, stelle nicht die Intensität einer Behandlung dar, welche die Akutspitalbedürftigkeit begründe. Aufgrund dessen kam Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Spitalbehandlungsbedürftigkeit nach dem 31. Dezember 2022 nicht mehr gegeben gewesen sei (vgl. Bg-act. 17 = Bf-act. 19).

### **E. 6.9**

In ihrer Stellungnahme vom 28. März 2023 zur vertrauensärztlichen Beurteilung hielt PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, aus forensisch-psychiatrischer Sicht sei eine vierteljährliche Depotabgabe zum jetzigen Zeitpunkt und voraussichtlich auch für die kommenden zwölf

Monate nicht ausreichend, um die bei B.\_\_\_\_\_ vorliegende schwerwiegende psychische Erkrankung hinreichend und nachhaltig zu behandeln. Nachdem eine konsequente medikamentöse Behandlung erst mit Vorliegen der behördlich verfügten Zwangsmedikation im Mai 2022 habe etabliert werden können, habe folglich erst im weiteren Verlauf sukzessive mit weiteren therapeutischen Massnahmen, insbesondere psychoedukativen Massnahmen zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und langfristigen Behandlungsbereitschaft begonnen werden können. Die fehlende Krankheitseinsicht stelle nach wie vor einen prognosekritischen Faktor dar. Zu beachten sei ausserdem, dass die Medikation gegenwärtig nach wie vor unter dem Titel einer behördlich verfügten Zwangsmedikation verabreicht werde. Inwieweit B.\_\_\_\_\_ weiterhin medikamentencompliant sein werde, wenn die aktuell noch geltende Verfügung im April 2023 ablaufe, werde sich erst im Verlauf zeigen. Eine Zwangsmedikation sei aus hiesiger Sicht zudem nicht in einem ambulanten oder teilstationären Behandlungskontext vollziehbar. Darüber hinaus verfüge B.\_\_\_\_\_ in mediziertem Zustand zwar über gewisse Alltagskompetenzen. Diese seien jedoch noch nicht hinreichend, um auf ein ausserklinisches Setting übertragen werden zu können. Er benötige intensive Unterstützung in den

- 29 - Bereichen Tagesstruktur, Aktivierung und soziale Interaktionen mit Dritten. Eine Etablierung eines den krankheitsbedingten Einschränkungen mittel- und langfristigen entsprechenden sozialen Empfangsraums benötige ebenfalls mehrere Monate an Vorbereitungszeit. Eine solche Planung könne jedoch realistischerweise erst dann erfolgen, wenn das Rehabilitationspotenzial und das Fremdgefährdungsrisiko unter weiteren Vollzugsprogressionen (Lockerungsschritte innerhalb des geschützten stationären Rahmens) adäquat abgeschätzt werden könnten. Aus hiesiger Sicht könne nicht davon ausgegangen werden, dass bereits ein stabiler Residualzustand erreicht sei, bei dem keine weiteren Verbesserungen mehr erreichbar seien. Aufgrund der Verzögerungen bei der Etablierung der Medikation habe erst vor gut sechs Monaten mit einer störungsspezifischen kontinuierlichen Pharmakotherapie begonnen werden können. Unter dieser Pharmakotherapie zeige sich eine positive und weiter fortschreitende günstige Entwicklung der Psychopathologie, insbesondere was die soziale Kontaktfähigkeit auch und gerade im Umgang mit der Familie betreffe. Nach klinischer, insbesondere forensisch-psychiatrischer Erfahrung könnten sich auch bei chronifizierten Krankheitsbildern durch psychotherapeutische, milieutherapeutische und systemische Interventionen signifikante Therapiefortschritte einstellen, sofern eine konsequente neuroleptische Medikation in ausreichend hoher Dosierung bestehe. Diese könne gegenwärtig nur im Rahmen einer vollstationären Behandlung sichergestellt werden (vgl. Bg-act. 19 = Bf-act. 20).

#### **E. 6.10**

In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 28. April 2023 führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ aus, aufgrund der letzten Berichte von November 2022 bis Januar 2023 komme er zum Schluss, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand von B.\_\_\_\_\_ inzwischen deutlich verbessert habe und von einer weiteren akutstationären Behandlung keine wesentliche Zustandsbesserung zu erwarten sein werde. Der Versicherte sei nicht

- 30 - mehr akut-psychotisch bzw. nicht mehr florid-psychotisch. Er weise zwar weiterhin gewisse Symptome auf, aber diese dürften wohl auch trotz der laufenden Therapie fortbestehen, insbesondere die als Negativsymptomatik bezeichneten Auffälligkeiten. Dies sei nach einer langjährig chronifizierten Schizophrenie-Erkrankung und der erfolgten

antipsychotischen Medikation nicht ungewöhnlich und könne für längere Zeit oder gar dauerhaft bestehen. Der Versicherte nehme inzwischen an verschiedenen Stationsaktivitäten und -therapien teil, u.a. an der Arbeitstherapie. Er sei nicht selbst- und fremdgefährlich. Folglich liege keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vor. Der Umstand, dass der Versicherte weiterhin nicht ganz krankheitseinsichtig sei, weise nicht unbedingt automatisch auf einen akuten Krankheitszustand hin. Die Betreuung und Unterstützung des Versicherten könnten inzwischen sehr wohl in einem Pflegeheim oder im Spital zum Pflegetarif erfolgen. Hiervon könne seit der Berichterstattung im November 2022 ausgegangen werden. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ empfahl daher, die Kostengutsprache für eine Akutspitalbedürftigkeit bis Ende November 2022 zu erteilen; danach nur eine solche zum Pflegetarif. Eine unselbstständige Lebensführung sei nicht gleichbedeutend mit einer Akutspitalbedürftigkeit. Die notwendige Unterstützung und Betreuung könnten gut in einem entsprechenden Pflegeheim oder im Spital zum Pflegetarif erfolgen (vgl. Bg-act. 20 = Bf-act. 21).

#### **E. 6.11**

Mit Stellungnahme vom 15. Juni 2023 resümierte PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass die Vertrauensärzte in ihrer Begründung für die Ablehnung der weiteren Kostengutsprache davon ausgingen, dass sich der psychische Zustand von B. \_\_\_\_\_ und seine Akzeptanz der medikamentösen Behandlung nach einem Wechsel in ein Wohnheim genauso darstellen würden, wie innerhalb des stationären Behandlungskontexts. Diese Einschätzung lasse sowohl die früheren ambulanten Behandlungsverläufe (umgehende Verweigerung bzw. Absetzen der Medikation nach

- 31 - Entlassungen) ausser Acht, genauso wie die Tatsache, dass die medikamentöse Behandlung bis April 2023 als Zwangsmedikation habe erfolgen müssen. Darüber hinaus sei es im Verlauf der letzten Monate unter Belastung (begleitete Ausgänge) wieder zu produktiv-psychotischen Symptomen gekommen, welche Anpassungen der Medikation erforderlich gemacht hätten. Wenn bereits begleitete Ausgänge von wenigen Stunden Dauer zu einer relevanten Zunahme von Symptomen führten, sei davon auszugehen, dass ein Wohnheimsetting innerhalb weniger Tage zu einer akuten Zustandsverschlechterung führen würde. Vor diesem Hintergrund sei ein sehr intensiver Kontrollbedarf angezeigt, um den erreichten Zustand aufrecht zu erhalten. In einem Wohnheim könne diese intensive Betreuung nicht gewährleistet werden und bei einer Entlassung zum jetzigen Zeitpunkt wäre mit häufigen Klinikeintritten und insbesondere einem steigenden krankheitsbedingten Fremdgefährdungsrisiko zu rechnen. Auf diese Aspekte seien die genannten Beurteilungen nicht zufriedenstellend eingegangen (Bg-act. 21 = Bf-act. 22).

#### **E. 6.12**

Aus dem Behandlungsplan Forensik der E. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2023 geht namentlich hervor, durch die massnahmeindizierte Zwangsmedikation habe eine stabile medikamentöse antipsychotische Behandlung etabliert werden können. Bei B. \_\_\_\_\_ dominierten gegenwärtig Negativsymptome, insbesondere sozialer Rückzug, affektive Verflachung und eine formalgedankliche Verarmung. Eine positive Residualsymptomatik in Form von paralogischem Denken, Stimmenhören und Gedankenlautwerden bestehe weiterhin. Diese sei momentan nicht handlungsleitend, müsse aber unter zunehmenden Freiheitsgraden engmaschig beobachtet werden. Insofern habe durch eine konsequente medikamentöse Behandlung eine risikorelevante Verbesserung erzielt werden können. Die

Verfügung für die massnahmeindizierte Zwangsmedikation habe am 27. April 2023 geendet. Die Akzeptanz der Medikation bleibe weiterhin oberflächlich und extrinsisch motiviert, es sei

- 32 - aber zu keiner Verweigerung gekommen. B. \_\_\_\_\_ verfüge weder über Krankheitseinsicht noch -verständnis. Aufgrund der bestehenden fehlenden Krankheitseinsicht und der nur oberflächlichen Medikamentencompliance, welche das Delinquenzrisiko erhöhten, würden Psychoedukation und die Förderung der Medikamentenadhärenz weiterhin zentrale Bestandteile der weiteren Behandlung darstellen. B. \_\_\_\_\_ verfüge in medikamentös behandeltem Zustand zwar über gewisse Alltagskompetenzen. Diese seien jedoch nicht hinreichend, um auf ein ausserklinisches Setting übertragen werden zu können. Er benötige intensive Unterstützung in den Bereichen Tagesstruktur, Aktivierung und soziale Interaktionen mit Dritten. Der Kontrollbedarf werde durch Monitoring des psychopathologischen Befundes, des Medikamentenspiegels und der Abstinenz von Suchtmitteln und nicht verordneten Medikamenten sichergestellt. Die stationäre Behandlung sei aus forensisch-psychiatrischer Sicht weiterhin zweckmässig, um das erhöhte Rückfallrisiko günstig zu beeinflussen und die erforderlichen Risikomanagementstrategien umzusetzen. Das Ausbleiben der Behandlung hätte einen ungünstigen Effekt auf die Krankheitsprognose, da rasch mit einer erneuten florid-psychotischen Episode zu rechnen wäre. Weitere psychotische Episoden hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine weitere Zunahme des schizophrenen Residuums zur Folge. Ausserdem steige in akuten psychotischen Episoden das Risiko für Fremdgefährdung durch wahngeleitetes Verhalten, was mit einer erneuten oder verlängerten stationären Behandlungsbedürftigkeit einhergehen und die Rehabilitation weiter verzögern würde. Eine Alternative zur medikamentösen und stationären forensisch-psychiatrischen Behandlung bestehe bis auf Weiteres nicht (vgl. Bg-act. 24 in fine).

## **E. 7**

Dagegen liess der Kanton Graubünden, vertreten durch das AJV (nachfolgend: Beschwerdeführer), am 8. Juli 2024 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und in Aufhebung des angefochtenen Entscheids beantragen, die A. \_\_\_\_\_ sei zu verpflichten, die Frage, ob der Versicherte B. \_\_\_\_\_ auch nach dem 31. Dezember 2022 weiterhin einer Behandlung im Spitalmilieu bedürfe, extern medizinisch-gutachterlich beurteilen zu lassen und anschliessend die Kostenübernahme zum Spitaltarif erneut zu entscheiden und zu verfügen. Eventuell sei die A. \_\_\_\_\_ zu verpflichten, den Pflegebeitrag ab dem 1. Januar 2023 nach gesetzeskonformer Festlegung zu verfügen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, die Parteien seien sich uneinig darüber, ob in der relevanten Zeitspanne eine Spitalbedürftigkeit des Versicherten bestanden habe bzw. ob mit einer Weiterführung der Therapie unter Spitalbedingungen signifikante Fortschritte erzielt werden könnten. Noch im August 2023 seien sich die Parteien darüber einig gewesen, dass angesichts der divergierenden Beurteilungen eine einvernehmliche externe Begutachtung erfolgen solle und das Resultat dieser Begutachtung dann anzuerkennen wäre. Im Januar 2024 habe die A. \_\_\_\_\_ dann eine Kehrtwende vollzogen und die Einholung eines

- 5 - gemeinsamen Gutachtens abgelehnt. Die Frage der Spitalbedürftigkeit könne nur auf Basis einer sauberen Sachverhaltsermittlung beantwortet werden. Solange entscheidende Sachverhaltsfragen kontrovers blieben, könne nicht entschieden werden. Die von PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ihren Stellungnahmen genannten Gründe könnten mehr als nur geringe

Zweifel an der vertrauensärztlichen Beurteilung erwecken. Ferner sei der Pflegetarif nicht verfügt, sondern erst und erstmals im Einspracheentscheid festgelegt worden. Damit sei eine Instanz entzogen und der Grundsatz der funktionellen Zuständigkeit verletzt worden.

### **E. 7.1**

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Aktenberichte – wie hier die vertrauensärztlichen Beurteilungen – rechtsprechungsgemäss beweiskräftig sein können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_224/2020

- 33 - vom 13. Mai 2020 E.4.3, 8C\_125/2020 vom 15. April 2020 E.3 und 8C\_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3), sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, so dass eine direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_224/2020 vom 13. Mai 2020 E.4.3 und 9C\_651/2019 vom 18. Februar 2020 E.4.3 mit Hinweisen). Vorliegend ist unter den Verfahrensbeteiligten unbestritten, dass B.\_\_\_\_\_ nachweislich an einer paranoiden Schizophrenie leidet (vgl. vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2023 [Bg-act. 17 = Bf-act. 19 S. 4]; Bericht von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2022 [Bg-act. D2]; siehe ferner die im Urteil des Regionalgerichts C.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2019 zitierten Arztberichte [Bf-act. 1 S. 26]). Dabei verneinen die Vertrauensärzte Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen das Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit und gehen von einem seit Ende 2022 verbesserten psychischen Gesundheitszustand aus, da der Versicherte nicht mehr akut-psychotisch bzw. nicht mehr florid-psychotisch sei (vgl. vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2023 [Bg-act. 17 = Bf-act. 19 S. 4 f.] und jene von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2023 [Bg-act. 20 = Bf-act. 21 S. 2 f.]). Zwar trifft es ausweislich der Akten zu, dass nach lediglich vorübergehenden Phasen kurzzeitiger Linderung der psychopathologischen Symptomatik bei Einnahme des verordneten Neuroleptikums (vgl. Bericht von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2022 [Bg-act. D2]) sich nach der massnahmeindizierten Verfügung der Zwangsmedikation, welche im Mai 2022 mittels parenteraler Verabreichung von Paliperidon erstmals vollzogen worden war (vgl. Bericht von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2022 [Bg-act. D6]), allmählich eine merkbare kontinuierliche Verbesserung mit fast vollständiger Remission der produktiv-psychotischen Symptome abzeichnete (vgl. Bericht von

- 34 - Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2022 [Bg-act. D11]; siehe ferner Bericht von PD. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2023 [Bg-act. 14 = Bf-act. 18]). Wenn Vertrauensarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 23. Februar 2023 daraus folgert, es könne auf eine vierteljährliche Depotabgabe des Paliperidonpräparats umgestellt werden, welche im Rahmen einer pflegerischen Begleitung und Betreuung, wie üblicherweise in betreuten Wohneinrichtungen für chronisch psychisch Erkrankte, erfolgen könne (vgl. Bg-act. 17 = Bf-act. 19 S. 4), greift dies zu kurz. So hält dem denn auch PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ entgegen, diese Einschätzung lasse sowohl die früheren ambulanten Behandlungsverläufe (umgehende Verweigerung bzw. Absetzen der Medikation nach Entlassungen) als auch die Tatsache ausser Acht, dass die medikamentöse Behandlung bis April 2023 als Zwangsmedikation habe erfolgen müssen (vgl. Stellungnahme vom 15. Juni 2023 [Bg-act. 21 = Bf-act. 22]). Aus den Akten erhellt, dass der Versicherte B.\_\_\_\_\_ vor Anordnung der stationären therapeutischen Massnahme bereits

mehrere Male per fürsorglicher Unterbringung in der psychiatrischen Klinik hospitalisiert worden war (vgl. Urteil des Regionalgerichts C.\_\_\_\_\_ vom

## **E. 7.2**

Auch wenn unter der massnahmenindizierten Verfügung der Zwangsmedikation die produktiv-psychotischen Symptome rückläufig waren (vgl. Bericht von Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2022 [Bg-act. D11] und Bericht von PD. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2023 [Bg-act. 14 = Bf-act. 18]), geht gleichzeitig aus den echtzeitlichen Stellungnahmen der psychiatrischen Fachpersonen hervor, dass eine Residualsymptomatik in Form einer mittelschwer bis schwer ausgeprägten Negativsymptomatik persistierte (vgl. Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2023 [Bg-act. 14 = Bf-act. 18] und Bericht von Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2022 [Bg-act. D11]). Im Behandlungsplan Forensik der E.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2023 geht dazu präzisierend hervor, beim Versicherten B.\_\_\_\_\_ dominierten gegenwärtig Negativsymptome, insbesondere sozialer Rückzug, affektive Verflachung und eine formalgedankliche Verarmung, sowie eine fortbestehende positive Residualsymptomatik in Form von paralogischem Denken, Stimmenhören und Gedankenlautwerden (vgl. Bg-act. 24 in fine). In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 28. April 2023 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ dafür, dass das Vorliegen gewisser Symptome und Auffälligkeiten nach einer langjährigen chronifizierten Schizophrenie und der erfolgten antipsychotischen Medikation nicht ungewöhnlich sei und dauerhaft fortbestehen könne (vgl. Bg-act. 20 = Bf-act. 21 S. 2 f.). Zusammen mit Dr. med. G.\_\_\_\_\_ verneinte er daher das Vorliegen einer Akutspitalbedürftigkeit, da mit einer weiteren stationären Behandlung keine weiteren signifikanten Fortschritte mehr erzielt werden könnten (vgl. vertrauensärztliche Beurteilungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2023 [Bg-act. 20 = Bf-act. 21 S. 2 f.] und jene von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2023 [Bg-act. 17 = Bf-act. 19 S. 4]). Demgegenüber ist PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ der Ansicht, dass nach klinischer, insbesondere forensisch- psychiatrischer Erfahrung sich auch bei chronifizierten Krankheitsbildern durch psychotherapeutische, milieutheraeutische und systemische

- 38 - Interventionen signifikante Therapiefortschritte einstellen könnten, sofern eine konsequente neuroleptische Medikation in ausreichend hoher Dosierung bestehe, was gegenwärtig nur im Rahmen einer vollstationären Behandlung sichergestellt werden könne (vgl. Stellungnahme vom 28. März 2023 [Bg-act. 19 = Bf-act. 20]). Im Weiteren führte sie aus, da eine konsequente medikamentöse Behandlung nicht eher als mit Vorliegen der behördlich verfügbaren Zwangsmedikation im Mai 2022 habe etabliert werden können, habe folglich erst im weiteren Verlauf sukzessive mit weiteren therapeutischen Massnahmen, insbesondere psychoedukativen Massnahmen zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und langfristigen Behandlungsbereitschaft begonnen werden können (vgl. ebenda). Während somit die Vertrauensärzte Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ ohne nähere Begründung bereits nach Rückgang der Symptomatik im Sinne akut-psychotischer Inhalte eine stationäre Behandlung für nicht mehr erforderlich erachteten, spricht sich PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ für einen stufenweisen Übergang in mehreren Lockerungsschritten von der reizarmen, strukturierten und kontrollierenden Spitalbehandlung hin zu einem ausserklinischen Setting aus, während welchem mittels therapeutischen Interventionen weitere Verbesserungen erzielt und die bisherigen Behandlungserfolge nachhaltig abgesichert werden können sollen. Wie es sich damit im Einzelnen verhält, ist angesichts

der sich widersprechenden Beurteilungen im Lichte der bestehenden Residualsymptomatik, der Stabilität des Gesundheitszustands und der weiteren Umstände, insbesondere der mangelnden Krankheitseinsicht und der fehlenden intrinsischen Behandlungsbereitschaft, somit vertieft abzuklären. Zu prüfen ist, ob für den Versicherten auch über den 31. Dezember 2022 hinaus aufgrund der laufenden Behandlung nur im Rahmen eines Spitalaufenthalts weitere Behandlungserfolge zu erwarten waren, wobei daran zu erinnern ist, dass die Spitalbedürftigkeit nicht allein von der Erforderlichkeit ärztlicher Interventionen abhängt (vgl. E.3.5.1 hiervor).

- 39 -

### **E. 7.3**

Insgesamt vermögen die vertrauensärztlichen Beurteilungen der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ somit keine beweiswertig genügenden, insbesondere betreffend die medizinischen Zusammenhänge und deren Implikationen für die Behandlungsbedürftigkeit umfassenden Aktenberichte zu bilden. Aufgrund der aktenkundigen divergierenden Stellungnahmen zur Frage der Spitalbedürftigkeit von B.\_\_\_\_\_ über den 31. Dezember 2022 hinaus lässt sich diese noch nicht abschliessend beurteilen. Der rechtserhebliche Sachverhalt präsentiert sich somit als unvollständig abgeklärt. Daher ist die Angelegenheit in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zur vorliegend strittigen Frage der Spitalbedürftigkeit ab dem 1. Januar 2023 und zu deren allfälliger Dauer (vgl. Art. 49 Abs. 4 KVG; siehe auch E.3.4 hiervor) ein externes Gutachten einholt und gestützt darauf (unter Gewährung des rechtlichen Gehörs) erneut über den Leistungsanspruch entscheidet. Dabei könnte sich beispielsweise Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM), als Gutachter anbieten, nachdem sich die Verfahrensbeteiligten bereits im November 2023 auf ihn geeinigt hatten (vgl. E-Mail der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2023 [Bf-act. 12]). Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt es sich, auf die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, insbesondere zum Pflegebeitrag, einzugehen. Hinzuweisen ist lediglich darauf, dass über Leistungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen ist, welche die Möglichkeit zur Einsprache eröffnet (vgl. Art. 49 und 52 ATSG). 8. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

- 40 -

### **E. 8**

Mit Vernehmlassung vom 29. August 2024 schloss die A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde. Begründend machte sie namentlich geltend, die Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_, bei welcher es sich nicht um einen Bericht mit neuen medizinischen Fakten handle, könne keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der Vertrauensärzte wecken. Auch sei die durchgeführte Zwangsmedikation von den Vertrauensärzten nicht ausser Acht gelassen worden. Zudem sei die Aussage von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_, wonach es in einem Wohnheimsetting innerhalb weniger Tage zu einer akuten Zustandsverschlechterung kommen würde, nicht weiter belegt oder begründet. Sei der vom Beschwerdeführer

vorgelegte Bericht selbst nicht schlüssig bzw. enthalte er widersprüchliche oder unzutreffende Behauptungen, könnten damit keine Zweifel an der vertrauensärztlichen Beurteilung geweckt werden. Daher bestehe kein Anlass für weitere Abklärungen. Nachdem sich der Beschwerdeführer in der Einsprache gegen die Verfügung nicht zum Anspruch auf den Pflegebeitrag geäußert habe, sei es für angebracht befunden worden, ergänzende Abklärungen zum Pflegebedarf vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei aufgefordert worden, zu den pflegerischen Verläufen, dem Behandlungsplan und zu dem gestützt darauf berechneten Pflegebedarf

- 6 - Stellung zu nehmen, worauf dieser verzichtet habe. Dabei handle es sich bei dem eingesetzten Bewohner/-innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA) keineswegs um ein a priori nicht geeignetes Instrument.

## **E. 9**

September 2024 bei unveränderten Anträgen und hielt an seinem Standpunkt fest.

### **E. 9.1**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 57 E.2.1, 137 V 210 E.7.1 und 132 V 215 E.6.2; Urteile des Bundesgerichts 9C\_702/2023 vom 15. Februar 2024 E.7.1, 9C\_455/2022 vom 13. November 2023 E.11.2.3 und 11.3.2, 8C\_281/2022 vom 24. Oktober 2022 E.7.1, 9C\_379/2022 vom 23. August 2023 E.4.2 und 9C\_257/2014 vom 9. Mai 2014 E.2). Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist; sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei solchen Streitigkeiten vor, so kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das KVG keine Kostenpflicht statuiert und Mutwilligkeit oder Leichtsinns nicht vorliegen, werden keine Gerichtskosten erhoben.

### **E. 9.2**

Der Beschwerdeführer hat als obsiegende beschwerdeführende Partei grundsätzlich gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig von der Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_455/2022 vom 13. November 2023 E.11.3.1, 9C\_714/2018 vom 18. Dezember 2018 [in BGE 144 V 380 nicht publizierte] E.9.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.1 und 9C\_688/2009 vom 19. November 2009 E.3.1.1 f.). Gemäss Art. 78 Abs. 2 VRG wird namentlich dem Kanton in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen, wenn er in seinem amtlichen Wirkungskreis obsiegt. Davon

- 41 - abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass, weshalb dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zusteht. III. Demnach erkennt das Gericht:

## **E. 10**

Die Beschwerdegegnerin nahm dazu in ihrer Duplik vom 19. September 2024 in ablehnender Weise Stellung. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften und auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung:

## E. 12

September 2019 E.5.4.4 [Bf-act. 1 S. 26] und Verfügung des Kantonsgerichts von Graubünden vom 2. Juni 2020 betreffend Entlassung aus dem vorzeitigen Massnahmenvollzug [Bf-act. 2 S. 9]). Dabei nahm er die antipsychotische Medikation überwiegend wahrscheinlich lediglich ein, um schnell wieder aus der Klinik entlassen zu werden (vgl. das im Urteil des Regionalgerichts C.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2019 zitierte Gutachten von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2019 [Bf-act. 1 S. 20] und Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 [Bg-act. 6 S. 6 ff. = Bf-act. 16]; siehe auch Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2023 [Bg-act. 21 = Bf-act. 22]). Auch im Rahmen des Berufungsverfahrens vor Kantonsgericht antwortete B.\_\_\_\_\_ auf die Frage, wie er die Medikamenteneinnahme ausserhalb der Klinik erkläre, dass er die Medikamente freiwillige einnehmen würde, damit er "raus"

- 35 - könne. Dies würdigten die Kantonsrichter dahingehend, dass bei B.\_\_\_\_\_ nach wie vor keine Behandlungs- und Krankheitseinsicht vorzuliegen scheine, was seine Aussage, er sei im ambulanten Setting bereit, die Medikamente einzunehmen, umso unglaubhafter erscheinen lasse (vgl. Urteil des Kantonsgerichts von Graubünden vom 23. Juni 2021 E.4.2.5 [Bf-act. 4 S. 14]). Wenn Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seiner vertrauensärztlichen Beurteilung vom 23. Februar 2023 eine ambulant durchzuführende Gabe des Depotpräparats für ausreichend erachtet, scheint er ferner zu übersehen, dass eine solche in der Vergangenheit bereits gescheitert ist. So berichtete PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_, dass B.\_\_\_\_\_ vor der geplanten Verabreichung des neuroleptischen Präparats durch den Hausarzt aus der Praxis entwichen sei und polizeilich habe gesucht werden müssen (vgl. Stellungnahme vom 18. Januar 2021 [Bg-act. 6 S. 6 ff. = Bf-act. 16]). Aus den hiervor aufgeführten Stellungnahmen von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und den Berichten der behandelnden Fachpersonen geht denn auch einhellig hervor, dass dem Versicherten eine Krankheits- und Behandlungseinsicht fehlt und er einer antipsychotischen medikamentösen Therapie – mitunter wegen des Einbezugs der Pharmaindustrie und der Ärzte ins Wahnkonstrukt – ablehnend gegenübersteht (vgl. E.6.1 ff., E.6.9 und E.6.12 hiervor; siehe ferner die Einträge vom 25. Februar 2024, 10. Februar 2024, 29. Januar 2024, 27. Januar 2024 und vom 18. Juni 2023 im Pflegeverlauf [Bg-act. 24]). Insofern wurde denn auch ein Antrag auf Anordnung einer massnahmeindizierten Zwangsmedikation gutgeheissen und B.\_\_\_\_\_ erstmals im Mai 2022 mittels parenteraler Verabreichung von Xeplion zwangsmediziert (vgl. Berichte von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Fachpsychologin I.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2022 und 18. Mai 2022 [Bg-act. D2 und D6]), wobei die massnahmeindizierte Zwangsmedikation sodann bis April 2023 verlängert wurde (vgl. Stellungnahmen von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2023 [Bg-act. 14 = Bf-act. 18] und vom 15. Juni 2023 [Bg-act. 21 = Bf-act. 22]). Diesem – somit über den 31. Dezember

- 36 - 2022 hinaus andauernden – Umstand und dessen Auswirkungen auf die Medikamentencompliance trugen die Vertrauensärzte Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu wenig Rechnung, woran auch der Hinweis auf die vom Versicherten Ende August 2022 gemachte Äusserung,

die medikamentöse Behandlung auch ohne Verfügung der Zwangsmedikation zu akzeptieren, nichts zu ändern vermag. Denn abgesehen davon, dass der Versicherte seine Meinung auch immer wieder änderte (vgl. Bericht von Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2022 [Bg-act. D11]), betonten die behandelnden Fachpersonen wiederholt, dass die Medikamentencompliance überwiegend auf die behördlich verfügte Zwangsmedikation, welche vollzogen werde, oder die Alltagsroutine ohne intrinsische Motivation zurückzuführen sei (vgl. Berichte von Oberarzt J.\_\_\_\_\_ und Assistenzärztin K.\_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2022 [Bg-act. D16] und vom 24. November 2022 [Bg-act. D11]; siehe ferner Stellungnahme von PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2023 [Bg-act. 19 = Bf-act. 20]). Inwiefern daher – wie die Vertrauensärzte in ihren Beurteilungen vom 23. Februar 2023 und 28. April 2023 ausführten – eine Medikamentencompliance trotz fehlender Krankheitseinsicht und eigenmotivierter Behandlungsbereitschaft, insbesondere hinsichtlich der Psychopharmakotherapie, auch in einem betreuten Wohnheim oder einem Pflegeheim hinreichend sichergestellt wäre, so dass Rückfälle mit akuten Episoden der paranoiden Schizophrenie ausblieben, ist somit erklärungsbedürftig. Es bleibt abzuklären, ob es zur Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung auch nach dem 31. Dezember 2022 einer solchen im Spitalumfeld bedurfte, oder aber ob sich kostengünstigere Alternativen – wie beispielsweise die von der Beschwerdegegnerin angeführte intensive Betreuung in einem Wohnheim – boten.

- 37 -

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