

SO_GERICHTE VSBES.2017.176 vom 5. April 2018

SO Obergericht, 2018-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.176_d20180405

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.176 du 5 avril 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.176 del 5 aprile 2018

Regeste

Krankenversicherung KVG

Erwägungen

E. 1

StGB für die Beschwerdeführerin die Einweisung in eine geeignete Heilanstalt an. Dieses Urteil wurde mit Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 2. September 2014 bestätigt (Beschwerdebeilage 14).

1.2 Seit dem 12. Februar 2015 befindet sich die Beschwerdeführerin im stationären Massnahmenvollzug in der C.____. Die Beschwerdegegnerin übernahm in der Folge die Kosten für den stationären Aufenthalt basierend auf regelmässige Kostengutsprachegesuche (vgl. AA [Akten der Arcosana] 1 - 10). Nach Prüfung des Kostengutsprachegesuchs vom 27. September 2016 (AA 11) kam die Beschwerdegegnerin mit Schreiben 30. September 2016 (AA 12) zum Schluss, dass eine Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben sei, weshalb das Kostengutsprachegesuch abzulehnen sei. Für die Unterbringungskosten ab dem 5. Oktober 2016 sei die verordnende Behörde zuständig. Mit Verfügung vom 17. Februar 2017 (AA 13) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Kostenablehnung fest. Die dagegen am 21. März 2017 erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 2. Juni 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab.

2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 29. Juni 2017 (A.S. 7 ff.) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2017 (A.S. 20 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Stellungnahme vom 18. September 2017 (A.S. 26 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Rechtsbegehren fest.

5. Mit Stellungnahme vom 26. September 2017 lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.

6. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 2

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in Art. 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

2.2 Eine versicherte Person hat nur dann Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Unter den wirksamen und zugelassenen Massnahmen hat der Arzt jene zu wählen, welche am besten geeignet ist, den angestrebten medizinischen Erfolg zu bewirken (Zweckmässigkeit), und diesen mit einem optimalen Kosten-Nutzenverhältnis zu erzielen (Wirtschaftlichkeit). Die medizinischen und pflegerischen Leistungen haben sich auf das zu beschränken, was im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Notwendig ist eine Leistung, wenn sie in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolgs unentbehrlich und unvermeidlich ist. Die veranlassten Leistungen müssen sodann nicht nur medizinisch notwendig sein, sondern sind auf wirtschaftliche Art und Weise zu erbringen. Die Notwendigkeit einer bestimmten medizinischen Massnahme ist grundsätzlich nach objektiven Kriterien festzustellen. Nicht entscheidend ist die subjektive Sicht des Versicherten oder des behandelnden Arztes.

2.3 Bei einem stationären Aufenthalt muss aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eine Krankheit vorliegen, welche nur in einem Spital behandelt werden kann, d.h. es muss eine Spitalbedürftigkeit vorliegen. Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt ferner voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den 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. Die notwendige krankheitsbedingte Behandlungsintensität ist daher denn auch nicht alleiniges Entscheidungskriterium. Entscheidend ist, ob der Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt. Keine Leistungspflicht besteht hingegen, wenn eine Hospitalisierung aus rein sozialen Gründen erfolgte (BGE 126 V 326 E. 2b, BGE 120 V 206 E. 6a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen P. vom 31. Januar 2001, K 34/00, E. 2b).

2.4 Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verlangt ferner, dass ein Aufenthalt in einem Akutspital zum Spitaltarif nur so lange möglich ist, als die Akutspitalbedürftigkeit gegeben ist, d.h. vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (BGE 124 V 362; SVR 1995 KV Nr. 38 S. 121). Gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG richtet sich bei

Spitalaufenthalt die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG, solange der Patient nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege im Spital bedarf. Wenn diese Voraussetzungen nicht (mehr) erfüllt ist, gelangt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung, d.h. die versicherte Person erhält nur die Pflegeleistungen. Für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs wird in Art. 49 Abs. 3 KVG die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit im Spitalumfeld einerseits und Pflegebedürftigkeit bzw. Langzeitpflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege (Art. 35 Abs. 2 lit. k KVG; Art. 39 Abs. 3 KVG) getroffen.

3. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin offenbar zum Schluss gekommen, dass eine Medikation per Depotspritzen habe etabliert werden können und die Beschwerdeführerin einer Psychotherapie nicht zugänglich sei, weswegen eine akute Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben sei. Der Arzt der D.____ schreibe in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 dagegen, die Patientin hätte im Behandlungsverlauf eine verbesserte Behandlungswilligkeit erfahren, weswegen eine mittel- und langfristige Behandlungsfähigkeit als gegeben erachtet werde. Die Behandlung des Grundleidens der Beschwerdeführerin erfordere weiterhin eine medizinische Betreuung unter Spitalbedingungen. Sie sei im Hinblick auf eine selbständige Lebensführung deutlich beeinträchtigt. Nur eine intensive psychiatrische Weiterbehandlung könne eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs mit sich bringen. Nur im Rahmen eines stationären Spitalaufenthalts bestehe die Aussicht auf einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Bei einer Entlassung würde die Beschwerdeführerin die notwendigen therapeutischen Massnahmen aus der stationären Behandlung nicht mehr befolgen oder allenfalls unzureichend wahrnehmen, sodass lediglich die stationäre Behandlung einen Erfolg derselben sicherstellen könne. Weiter hält die Beschwerdeführerin fest, stelle man auf die eindrücklichen und aus erster Wahrnehmung stammenden Erkenntnisse des behandelnden Arztes ab, so bestehe klar weiterhin eine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin auch nach der Einstellung der Leistungen der Beschwerdegegnerin. Die vom beratenden Arzt des Versicherers abgegebene Meinungsäusserung sei allein aufgrund der Akten erstellt worden. Persönliche Untersuchungen oder auch nur Kontakte hätten nicht stattgefunden, sodass davon ausgegangen werden müsse, dass die Kenntnisse des Falles im Verhältnis zu denen der behandelnden Ärzte als reduziert bezeichnet werden müssten. Letztere hätten auch kein besonderes Interesse an der Bestätigung einer Spitalbedürftigkeit, denn ihre Institution würde bei Wegfall derselben durch die staatlichen Institutionen gleichwertig entschädigt, sodass ihnen kein Verlust entstünde. Sie könnten deshalb in dieser Thematik als neutral bezeichnet werden. Eine Befangenheit gegenüber der Beschwerdeführerin bestehe in keiner Art und Weise. Sollte das Gericht weder auf die eine noch auf die andere medizinische Meinungsäusserung abstellen wollen oder können, sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Solches sei gemäss der Rechtsprechung ohnehin vorgesehen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung durch den internen Arzt des Versicherers bestünden (BGE 135 V 465 E. 4.4). Sollte über einen Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so seien an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer versicherungsinternen Beurteilung bestünden, so sei ein Gutachten einzuholen. Eine solche Situation sei im vorliegenden Fall gegeben, nachdem eine relativ kurze Aktenbeurteilung durch den versicherungsinternen Arzt einer umfangreichen Beurteilung durch den Institutsarzt gegenüberstehe und die beiden Beurteilungen diametral voneinander abweichen würden. Nach Auffassung der Beschwerdeführerin sei in der hier

gegebenen Situation auf die Beurteilung durch den Institutsarzt abzustellen, da dessen Kenntnisse des Falles der Beschwerdeführerin aus erster Hand stammten und er entgegen einem «normalen behandelnden Arzt» als ihr gegenüber nicht befangen bezeichnet werden könne. Auch sei seine Meinungsäusserung absolut überzeugend und in sich schlüssig, sodass auch nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung darauf abgestellt werden könne.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, gemäss dem Bericht des Vertrauensarztes Dr. med. E. ___ scheine die Beschwerdeführerin nicht zugänglich zu sein für eine Psychotherapie. Indes habe eine Medikation per Depot-Spritzen etabliert werden können und die Versicherte verhalte sich darunter unauffällig. Angebotene Therapien würden besucht, jedoch unter passiver Teilnahme. Die forensisch verordnete Unterbringung sei zudem nicht gleichbedeutend mit einer Spitalbedürftigkeit. Letztere könne aufgrund der aktuellen medizinischen Angaben nicht mehr bejaht werden, weshalb das Kostengutsprachegesuch vom 27. September 2016 abzulehnen und für die Unterbringungskosten an die verordnende Behörde zu verweisen sei. Die zitierte Stellungnahme sei insofern umfassend, als sie den bisherigen Genesungsverlauf, die vorliegenden Akten und die Schilderungen der behandelnden Ärzte in ihrer Würdigung berücksichtige und darauf basierend entscheide. Wie auch dem Bericht der D. ___ resp. dem Kostengutsprachegesuch vom 27. September 2016, sei der Stellungnahme von Vertrauensarzt Dr. med. E. ___ voller Beweiswert zuzusprechen. Zu fragen sei, ob die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Fall der Beschwerdeführerin nur in einem Spital resp. der C. ___ zweckmässig durchgeführt werden könnten, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürften oder weil nur im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg bestehe. Aus Sicht der Beschwerdegegnerin sei basierend auf dem Bericht der D. ___ vom 27. September 2016 nicht erwiesen, dass die Versicherte dringend auf die apparativen oder personellen Voraussetzungen einer Akutstation angewiesen sei. Das für die Behandlung ihrer deliktrelevanten Krankheit wichtigste Medikament, RISPERDAL CONSTA®, könne mittlerweile in einem zweiwöchentlichen Rhythmus verabreicht werden. Die angebotenen Therapien würden besucht, die diesbezüglich angestrebten Ziele würden jedoch nicht oder nur in sehr geringem Masse erreicht. Auch zeige sich die Versicherte im Stationsalltag zwar angepasst und freundlich, jedoch wenig kooperativ in der Bekämpfung ihrer Krankheit. Die Fortschritte seit dem Zeitpunkt der Einweisung am 12. Februar 2015 würden sich als gering zeigen und eine Prognose über eine allfällige Heilung oder zumindest erfolgreiche Genesung könne nicht ausgesprochen werden. Darauf basierend sei davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Bedarf an einer Weiterführung des stationären Massnahmenvollzugs auf einer akut-stationären Abteilung mehr bestehe. So sei eine forensisch verordnete Unterbringung nicht mit einer akuten Spitalbedürftigkeit gleichzusetzen. Letztere könne aufgrund der aktuellen medizinischen Angaben nicht mehr bejaht werden. Für eine weitere Kostengutsprache zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehe daher kein Anspruch. Die Kosten des weiteren Massnahmenvollzugs seien basierend auf Art. 380 StGB durch den zuständigen Kanton zu tragen.

4. Strittig und zu prüfen ist somit die Spitalbedürftigkeit der sich im Massnahmenvollzug befindenden Beschwerdeführerin. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

4.1 Im Gutachten der B. ___ vom 19. Mai 2010 (Beschwerdebeilage 13) wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin liege eine wahnhafte Störung (ICD-10 F22.0) vor. Charakteristisch für die wahnhafte Störung sei ein lang andauernder Wahn, ohne dass sich weitere Hinweise für das Vorliegen schizophrener Symptome (beispielsweise Denkstörungen oder Halluzinationen) finden würden. Das Störungsbild sei charakterisiert durch die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im Allgemeinen lange andauern und manchmal lebenslang bestehen würden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein ausgeprägtes systematisiertes Wahnsystem, welches Intrigen verschiedenster Personen gegen ihre eigene Person umfasse. Sie sei von der Richtigkeit ihrer wahnhaften Denkinhalte überzeugt und richte ihre Handlungen auch entsprechend aus. Handlungsalternativen stünden ihr in Situationen, die durch den Wahn bestimmt seien, praktisch nicht zur Verfügung. Der chronifizierte systematisierte Wahn und die paranoiden Denkstörungen mit Wahngewissheit und Realitätsverlust hätten bei der Beschwerdeführerin in Situationen, die den Wahn tangieren würden, zu Handlungsweisen geführt, welche nicht mehr von allgemein verbindlichen Rechtsgedanken geleitet würden. Vielmehr habe ihr Handeln zu diesem Tatzeitpunkt unter dem Einfluss ihres wahnhaften Erlebens gestanden. Somit sei von einer aufgehobenen Einsichtsfähigkeit zu den Tatzeitpunkten auszugehen. Wegen der wahnhaften Störung sei bei ihr das Risiko für die erneute Begehung ähnlicher Straftaten verglichen mit anderen Mitgliedern ihrer Tätergruppe deutlich erhöht, insbesondere wenn sich das wahnhafte Erleben handlungsrelevant auswirke. Soweit beurteilbar stünden die der Beschwerdeführerin zur Last gelegten Delikte eng mit ihrer wahnhaften Störung in Zusammenhang. Chronifizierte wahnhafte Störungen seien einer medikamentös-neuroleptischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung nur bedingt zugänglich. Allerdings könne es durch eine konsequente Neuroleptie gelingen, die Dynamik der Wahnsymptomatik etwas zu reduzieren. Trotz dieser eher ungünstigen Behandlungsprognose sollte, da bei der Beschwerdeführerin offensichtlich noch keine ausreichend lange psychiatrische Behandlung stattgefunden habe, ein medikamentöser Therapieversuch unternommen werden, der eine psychotherapeutische Begleitung mit beinhalte. Falls aus juristischer Sicht nicht die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung bestehe, könne die Behandlung im ambulanten Rahmen ggf. in Form einer ambulanten Massnahme durchgeführt werden. Dafür wäre es allerdings erforderlich, dass die Beschwerdeführerin ein Problembewusstsein, ev. sogar Leidensdruck sowie Therapiemotivation und Bereitschaft zur Veränderung entwickeln könne. Nur dann hätte eine Psychotherapie eine gewisse Aussicht auf Erfolg. Realistisch sei dagegen derzeit davon auszugehen, dass sich voraussichtlich das Störungsbild nicht nachhaltig beeinflussen lassen werde, weswegen eine Therapieempfehlung auch nur unter grossem Vorbehalt ausgesprochen werden könne. Pharmakologische Interventionen seien bei psychotischen paranoid halluzinatorischen Erkrankungen oft erfolgreich. Aber je stärker die Wahnkomponente ausgeprägt sei, desto geringer seien die Erfolgsaussichten einer pharmakologischen Therapie, am geringsten bei rein wahnhaften Störungen. Dennoch sollte auch bei einer wahnhaften Störung eine antipsychotische Pharmakotherapie versucht werden, welche aber wiederum ein Verständnis und Compliance seitens der Betroffenen voraussetzen würde. Es sei nicht prognostizierbar, ob die Beschwerdeführerin von einer medikamentösen Therapie profitieren werde oder nicht. Nach forensisch-psychiatrischer Auffassung sei eine stationäre Massnahmenach Art. 59 StGB nur dann sinnvoll und indiziert, wenn aus juristischer Sicht eine geschlossene Unterbringung erforderlich sei. Eine

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer ambulanten Massnahme nach Art. 63 StGB wäre prinzipiell zweckmässig und sinnvoll. Derzeit seien deren Erfolgsaussichten aber als gering einzustufen, sodass die Anordnung einer solchen Massnahme aus psychiatrischer Sicht nicht zu empfehlen sei. Ob eine ambulante Massnahme dennoch versucht werden solle, müsse in das Ermessen des Gerichts gestellt werden. Dass sich bei der Beschwerdeführerin doch noch Problemeinsicht und Therapiebereitschaft erzielen lassen würden, sei nicht wahrscheinlich, aber letztendlich auch nicht auszuschliessen. Eine ambulante psychiatrische Therapie könne auch im Rahmen des Strafvollzugs eingeleitet werden. Eine dauerhafte Verbesserung der Delinquenzprognose werde sich jedoch nur durch eine Fortsetzung der Behandlung nach dem Strafvollzug erreichen lassen.

4.2 Im Verlängerungsgesuch betreffend Kostengutsprache der D. ___ vom 27. September 2016 (Beschwerdebeilage 11) wurde zum bisherigen Therapieverlauf ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 12. Februar 2015 hospitalisiert. Sie werde im stationären Setting behandelt, bestehend aus regelmässig geführten ärztlich-therapeutischen Gesprächen sowie verschiedenen Spezialtherapien (Arbeitstherapie, Ergotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie) und pflegerischer Milieuthherapie. Aktuell bestehe eine regelmässige Teilnahme am Therapieprogramm. Die Beschwerdeführerin verhalte sich freundlich und angepasst im Stationsalltag, lasse jedoch weitgehend keinen Einblick in ihr emotionales Innenleben und ihre Werte- und Gedankenwelt zu. Den Versuch, systemische Gespräche zu führen, um so über die Fremdanamnese mehr in Erfahrung zu bringen, sei bislang gescheitert. Grund dafür sei, dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich eine scheinbar festgefahrene Abwehrhaltung vertrete. Aufgrund der erheblich eingeschränkten Ausdrucksweise der Beschwerdeführerin, habe mit ihr nicht tiefer erörtert werden können, weshalb sie ein Gespräch mit Menschen aus ihrem Umfeld oder Familie nicht in Erwägung ziehen könne. Teilweise entstehe auch der Eindruck, dass sie möglicherweise misstrauischer sein könnte, als bis anhin angenommen. Unter den bislang durchgeführten Lockerungsschritten der Ausgangsstufe bis Stufe 4 (personalbegleitete Gruppenausgänge auf dem Klinikareal) habe es keine Vorfälle oder besonderen Vorkommnisse gegeben. Seit 6. August 2016 erhalte sie alle 14 Tage RISPERDAL CONSTA® Injektionskit 37.5 mg. Zum Befund wurde ausgeführt, es bestehe ein Wahn im Sinne von Beeinträchtigungs- (sei zu Unrecht in der Massnahme) und Liebeswahn (habe ihr Opfer beim Vornamen genannt, sei ihr Freund), die Wahndynamik imponiere unter Medikation zunehmend abgeschwächt, die wahnhaften Überzeugungen würden aktuell nur noch auf Nachfrage berichtet. Keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt euthym, affektlabil (häufiges Weinen). Im Antrieb und psychomotorisch unauffällig. Von Suizidalität oder Fremdgefährdung sei die Beschwerdeführerin klar und glaubhaft distanziert. Weiter wurde hinsichtlich der Therapieziele und Dauer der weiteren stationären Akutbehandlung festgehalten, eine Auseinandersetzung mit den delikt- und krankheitsspezifischen Inhalten könne weiterhin nur oberflächlich und auf einem einfachen Niveau geführt werden. Es bestehe weiterhin der Eindruck, dass trotz der äusseren Anpassung an die Stationsstrukturen inhaltlich die Beschwerdeführerin die Kontrolle behalte. Unter den zusätzlich etablierten verkürzten Therapiestunden aufgrund der kognitiv leichtgradigen Einschränkung, sei mit einem langsamen Voranschreiten der Psychotherapie zu rechnen. Das Ziel einer Umstellung auf eine depotfähige Applikationsform der neuroleptischen Medikation habe erfolgreich umgesetzt werden können. Bisher werde diese durch die Patientin gut vertragen. Es bestehe weiterhin ein nur leicht stabilisiertes Zustandsbild mit allenfalls beginnender

Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft. Eine Unterbrechung der stationären Behandlung hätte zum jetzigen Zeitpunkt sehr wahrscheinlich ein Absetzen der Medikation durch die Beschwerdeführerin zur Folge, was unter Zunahme der Wahndynamik beziehungsweise Progression der wahnhaften Überzeugung zu einem erhöhten Rückfallrisiko für eine erneute Delinquenz führen würde. Vor diesem Hintergrund erscheine eine Fortsetzung der stationären Behandlung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich, um ein tragfähiges Problem- und Krankheitsverständnis bei der Beschwerdeführerin entwickeln, fördern und konsolidieren zu können. Nur durch eine Auseinandersetzung mit den spezifischen krankheits- und deliktspezifischen Rahmenbedingungen könne die Gefahr einer weiteren Chronifizierung der psychiatrischen Störung vermindert werden. Die Ärzte der D.____ würden in diesem Zusammenhang die Fortsetzung der forensisch-psychiatrischen Behandlung für unumgänglich halten. Die Beschwerdeführerin benötige aufgrund der schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung und korrespondierenden Funktionseinbussen eine langfristige stationäre Behandlung. Die bestehende stationäre Massnahme gemäss Art. 59 StGB könne zudem nicht ambulant durchgeführt werden. Die voraussichtliche stationäre Aufenthaltsdauer sei daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Wenn die Patientin schon jetzt entlassen werden würde, wäre die kurzfristige Rückfallgefahr sehr hoch.

4.3 In der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 28. September 2016 (A.S. 39 ff.) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin scheine nicht zugänglich zu sein für eine Psychotherapie. Die Medikation habe mittels Depot-Spritzen etabliert werden können und die Beschwerdeführerin verhalte sich darunter unauffällig. Die angebotenen Therapien würden besucht, aber passiv. Die forensisch verordnete Unterbringung sei nicht gleichbedeutend mit einer Spitalbedürftigkeit. Letztere könne aufgrund der medizinischen Angaben nicht mehr bejaht werden.

4.4 In der Stellungnahme der D.____ vom 14. Juni 2017 (Beschwerdebeilage 12) wurde ausgeführt, aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen habe sich die Beschwerdeführerin bislang nur bedingt auf die störungs- und deliktbezogenen Behandlungsinterventionen einlassen können. Vor dem Hintergrund einer verbesserten Anpassungsleistung an die Strukturen der Station persistiere eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin durch das bislang unzureichend remittierte psychopathologische Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin sei medikamentös auf das atypische Antipsychotikum Risperidon (Risperdal Consta) eingestellt worden, das im Abstand von 14 Tagen in einer Dosis von 37,5 mg intramuskulär appliziert werde. Trotz eines graduellen Rückgangs der wahnhaften Symptomatik bestehe nach wie vor eine relevante Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin. Sie weise trotz dieser Behandlung und medikamentösem Wirkspiegel im geforderten Referenzbereich krankheitsspezifische Auffälligkeiten auf, die zu ausgeprägten Einschränkungen ihrer lebenspraktischen Kompetenzen beitragen würden. Diese Einschränkungen führten nach Einschätzung der behandelnden Ärzte zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Bereich der Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur umfassenden Erledigung ihrer Angelegenheiten, so dass sie aus klinischer Sicht nicht entlassungsfähig sei. Die Beeinträchtigungen würden sich in besonderer Weise auf die Beziehungsgestaltung und den verantwortungsbewussten Umgang mit der psychischen Erkrankung beziehen. Nachdem die Beschwerdeführerin zu Beginn der Massnahme die Einzelpsychotherapie verweigert und sich nicht auf Gespräche

habe einlassen wollen, habe sich in dieser Hinsicht seit März 2016 eine kleinschrittige positive Entwicklung abgezeichnet. Die Beschwerdeführerin nehme seither regelmässig an den Therapiegesprächen teil und werde für ihre Verhältnisse vergleichsweise offener erlebt. Im Juni 2016 habe sich die Beschwerdeführerin erstmals auf eine ansatzweise Deliktarbeit eingelassen und es hätten einzelne Aspekte vorsichtig thematisiert werden können. Im Dezember 2016 habe ein Wechsel der Einzeltherapeutin stattgefunden, auf den sich die Beschwerdeführerin ohne Widerstände habe einlassen können. In den Gesprächen habe sich jedoch abgezeichnet, dass die Beschwerdeführerin sich lediglich auf eine oberflächliche Auseinandersetzung mit den Delikten habe einlassen können. Die Beschwerdeführerin imponiere in den Gesprächen nach wie vor durch unrealistische Erwartungshaltungen hinsichtlich ihrer Zukunft. Die Abgleichung der subjektiven Wahrnehmung mit den realen Möglichkeiten habe sie bislang nicht gut annehmen können und habe sich in ihren Ansichten und Meinungen unflexibel, beharrlich und eingeengt gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei sich nach wie vor nicht hinreichend bewusst, dass gewisse Gedanken, Überzeugungen und die daraus resultierenden Handlungen nicht der Normalität entsprechen würden. Somit erfülle sie trotz medikamentöser Behandlung die Kriterien eines wahnhaften Erlebens, die sich durch die Unmöglichkeit der Erlebnisinhalte, die subjektive Gewissheit und eine in hohem Masse eingeschränkte Korrigierbarkeit der realitätsfremden Überzeugungen zeigen würden. Zur voraussichtlichen Behandlungsdauer hielten die Ärzte der D. ___ fest, bei der Beschwerdeführerin liege zwischenzeitlich ein leicht verbessertes Zustandsbild vor, welches unter medikamentöser Behandlung eine graduell abgeschwächte Restsymptomatik der wahnhaften Überzeugungen aufweise. Aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung und den damit in Zusammenhang stehenden Funktionseinbussen benötige sie auch weiterhin eine stationäre Behandlung. Die gesicherte Gewährleistung einer medikamentösen Behandlung und enge Betreuung der Patientin sei aus medizinischen Gründen auf unbestimmte Dauer erforderlich, um die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Zunahme des wahnhaften Erlebens und fremdgefährdenden Verhaltensweisen nachhaltig zu verringern. Eine Unterbrechung der stationären Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Absetzen der Medikation durch die Beschwerdeführerin führen, was durch die in Folge zu erwartende Progredienz der Wahndynamik zu einem erhöhten Rückfallrisiko für erneute Delinquenz im Rahmen von fremdgefährdenden Verhaltensweisen beitragen würde. Die voraussichtliche Dauer des stationären Aufenthalts sei daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Zur Beurteilung hielten die Ärzte der D. ___ fest, sie würden der Beschwerdeführerin im bisherigen Behandlungsverlauf eine verbesserte Behandlungswilligkeit attestieren, eine mittel- und langfristige Behandlungsfähigkeit würden die Ärzte grundsätzlich als gegeben erachten. Die Chronizität der wahnhaften Störung stelle bei der Beschwerdeführerin jedoch immer noch einen schwerwiegenden psychischen Krankheitswert dar, der eine medizinische Behandlung unter Spitalbedingungen weiterhin erforderlich mache. Die oben beschriebenen Einschränkungen würden dazu beitragen, dass die Beschwerdeführerin im Hinblick auf eine selbständige Lebensführung deutlich beeinträchtigt sei. Ein eigenverantwortliches Erledigen ihrer Angelegenheiten sei derzeit nicht möglich. Auch bezüglich der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung bestünden bei der Beschwerdeführerin deutliche Schwierigkeiten, ein tragendes soziales Netz bestehe nicht. Man sei der Ansicht, dass eine allfällige Verbesserung des Krankheitsverlaufs nur durch eine intensive psychiatrische Weiterbehandlung erzielt und sichergestellt werden könne. Aufgrund des chronifizierten Krankheitsbildes hätten bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der

psychoedukativen und psychotherapeutischen Gespräche erst ansatzweise Fortschritte erzielt werden können. Somit bestehe nach Einschätzung der Ärzte nach wie vor eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit, da derzeit nur im Rahmen eines stationären Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen nachhaltigen Behandlungserfolg bestehe. Die Beschwerdeführerin würde die notwendigen therapeutischen Massnahmen im Falle einer Entlassung aus der stationären Behandlung nicht mehr befolgen oder allenfalls unzureichend wahrnehmen, so dass diese im Rahmen einer ambulanten Behandlung derzeit nicht zweckmässig durchgeführt werden könnten. Die Schwere des psychischen Leidens und die aktuell absehbare Erfolglosigkeit einer ambulanten Behandlung bedinge die Notwendigkeit zur Fortführung einer stationären Hospitalisation. Die gesicherte Fortsetzung einer psychiatrischen Behandlung unter stationären Bedingungen sei aus medizinischen Gründen weiterhin dringend erforderlich, um eine Gewährleistung und gegebenenfalls Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung und weitere Verbesserung des psychischen Zustandsbilds erreichen und sicherstellen zu können. Im Rahmen der bisherigen Behandlungsdauer habe mit einer krankheits- und deliktspezifischen Therapie nur ansatzweise begonnen werden können. Um vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden Problematik eine nachhaltige Stabilisierung des psychischen Zustandsbilds erreichen und eine weitere rehabilitative Entwicklung ermöglichen zu können, sei die Fortführung der psychiatrischen Behandlung unter stationären Bedingungen dringend angezeigt.

E. 5

5.1 Nach der Rechtsprechung begründet der blosser Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik noch keinen Anspruch auf die gesetzlichen oder statutarischen Leistungen, namentlich dann nicht, wenn eine Hospitalisierung aus sozialen Gründen erfolgt, ohne dass die versicherte Person im Sinne des Gesetzes krank ist, oder wenn die Gesamtheit der ärztlichen und sonstigen wegen seiner Krankheit erforderlichen Behandlung einen Klinikaufenthalt nicht rechtfertigt. Die Kassen sind jedoch für jeden sachlich notwendigen Heilanstaltsaufenthalt leistungspflichtig, was auch dann der Fall ist, wenn der Krankheitszustand eines Versicherten nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert. Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit eines Versicherten verlangt, ist nicht alleiniges Entscheidungskriterium, ob sein Zustand eine Hospitalisierung rechtfertigt, insbesondere wenn ein Versicherter wegen seines hohen Alters, seiner familiären Verhältnisse oder weil er alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die seinem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zu Hause zu erhalten, oder wenn dies der Familie des Versicherten nicht zugemutet werden kann (BGE 115 V 48 E. 3b/aa; RKUV 1989 K 804 S. 156 E. 1, 1986 K 680 S. 231 E. 1b, 1984 K 591 S. 199 E. 2b). Folglich ist der Umstand, dass die ärztliche oder aber andere Behandlungen überwiegen, nicht ausschlaggebend dafür, ob die Hospitalisationskosten eines Versicherten zu Lasten der Krankenkasse gehen oder nicht (BGE 124 V 365 E. 1b).

5.2 Gemäss Art. 59 StGB kann das Gericht eine Massnahme anordnen, wenn eine Strafe allein nicht geeignet ist, der Gefahr weiterer Straftaten des Täters zu begegnen (Abs. 1 lit. a), ein Behandlungsbedürfnis des Täters besteht oder die öffentliche Sicherheit dies erfordert (Abs. 1 lit. b) und die Voraussetzungen der Artikel 59 - 61, 63 oder 64 erfüllt sind (Abs. 1 lit. c). Die Anordnung einer Massnahme setzt voraus, dass der mit ihr verbundene Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Täters im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit und

Schwere weiterer Straftaten nicht unverhältnismässig ist (Abs. 2). Das Gericht stützt sich beim Entscheid über die Anordnung einer Massnahme nach den Artikeln 59 - 61, 63 und 64 sowie bei der Änderung der Sanktion nach Artikel 65 StGB auf eine sachverständige Begutachtung. Diese äussert sich über die Notwendigkeit und die Erfolgsaussichten einer Behandlung des Täters (Abs. 3 lit. a), die Art und die Wahrscheinlichkeit weiterer möglicher Straftaten (Abs. 3 lit. b) und die Möglichkeiten des Vollzugs der Massnahme (Abs. 3 lit. c). Eine Massnahme, für welche die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, ist aufzuheben (Abs. 6). Nach der gesetzlichen Regelung des Sanktionenrechts geht bei den stationären therapeutischen Massnahmen (Art. 59 - 62 StGB) das Resozialisierungs- und Behandlungsziel den Strafzwecken der Generalprävention und des gerechten Schuldausgleichs vor (vgl. die noch zu Art. 43 und 44 aStGB ergangenen BGE 129 IV 165 E. 4.3, BGE 124 IV 248 E. 2b sowie BGE 120 IV 5 E. 2c). Bei diesen Massnahmen steht somit nicht die Sicherung der Gesellschaft vor Straffälligen, sondern deren Besserung mit therapeutischen Mitteln im Vordergrund. Sie werden angeordnet, weil das Strafgericht auf Grund von Gutachten über den körperlichen und geistigen Zustand des Straftäters zum Schluss gelangt, dass die Straftat im Zusammenhang mit einer behandlungsbedürftigen Krankheit steht (BGE 106 V 181 E. 4b).

5.2.1 Die Beschwerdeführerin wurde durch die B.____ begutachtet. Im Gutachten vom 19. Mai 2010 (vgl. E. II. 4.1 hiervor) kamen die Gutachter zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin liege eine wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0) vor. Ihr Handeln zum Tatzeitpunkt habe unter dem Einfluss ihres wahnhaften Erlebens gestanden. Somit sei von einer aufgehobenen Einsichtsfähigkeit zu den Tatzeitpunkten auszugehen. Wegen der wahnhaften Störung sei bei ihr das Risiko für die erneute Begehung ähnlicher Straftaten verglichen mit anderen Mitgliedern ihrer Tätergruppe deutlich erhöht, insbesondere wenn sich das wahnhafte Erleben handlungsrelevant auswirke. Soweit beurteilbar stünden die der Beschwerdeführerin zur Last gelegten Delikte eng mit ihrer wahnhaften Störung in Zusammenhang. Falls aus juristischer Sicht nicht die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung bestehe, könne die Behandlung im ambulanten Rahmen ggf. in Form einer ambulanten Massnahme durchgeführt werden. Dafür wäre es allerdings erforderlich, dass die Beschwerdeführerin ein Problembewusstsein, ev. sogar Leidensdruck sowie Therapiemotivation und Bereitschaft zur Veränderung entwickeln könne. Nur dann hätte eine Psychotherapie eine gewisse Aussicht auf Erfolg. Realistisch sei dagegen derzeit davon auszugehen, dass sich voraussichtlich das Störungsbild nicht nachhaltig beeinflussen lassen werde, weswegen eine Therapieempfehlung auch nur unter grossem Vorbehalt ausgesprochen werden könne. Pharmakologische Interventionen seien bei psychotischen paranoid halluzinatorischen Erkrankungen oft erfolgreich. Aber je stärker die Wahnkomponente ausgeprägt sei, desto geringer seien die Erfolgsaussichten einer pharmakologischen Therapie, am geringsten bei rein wahnhaften Störungen.

Gestützt auf die Erkenntnisse der Gutachter bejahte das Strafgericht Basel-Landschaft mit Urteil vom 14. November 2013 und danach das Kantonsgericht Basel-Landschaft mit Urteil vom 2. September 2014 die Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin und ordnete gemäss Art. 59 Abs. 1 StGB eine stationäre Massnahme an.

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge nicht in Abrede gestellt, dass ab Beginn des Massnahmevollzuges am 12. Februar 2015 aus medizinischer Sicht eine stationäre therapeutische Behandlung in der psychiatrischen Klinik notwendig war und dass diese Behandlung eine Pflichtleistung gemäss KVG darstellt. Vielmehr hat sie ihre

Leistungspflicht für eine akut stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 12. Februar 2015 bis 4. Oktober 2016 (vgl. AA 1 ■ 11) anerkannt und die Pflichtleistungen zum Spitaltarif erbracht. Hingegen stellt sie sich auf den Standpunkt, dass ab dem 5. Oktober 2016 keine stationäre Behandlung auf einer Akutabteilung mehr erforderlich sei.

6. Es bleibt daher zu prüfen, ob es sich bei der ab 5. Oktober 2016 ■ gemäss den behandelnden Ärzten ■ weiterhin erforderlichen stationären Behandlung zwingend um eine Akutbehandlung unter Spitalbedingungen handeln muss.

6.1 Aus krankensicherungsrechtlicher Sicht ist - wie erwähnt - nicht massgebend, an welchem Ort die Behandlung der versicherten Person erfolgt. Die Leistungspflicht des Krankenversicherers richtet sich vielmehr danach, in welche Abteilung die versicherte Person aus medizinischer Sicht gehört (BGE 124 V 364 E. 1b mit Hinweisen). Demnach besteht kein Anspruch auf Ersatz der Spitalkosten, wenn die notwendige Behandlung und Betreuung auch von einer Pflegeabteilung erbracht hätte werden können. Akutspitalbedürftigkeit als Voraussetzung für die Übernahme der Kosten nach Spitaltarif (Art. 49 Abs. 4 KVG) und Langzeitpflegebedürftigkeit, bei welcher die Krankenversicherer lediglich die Kosten im Rahmen des Tarifs für ein Pflegeheim (Art. 50 KVG) zu entschädigen haben, lassen sich nicht streng voneinander abgrenzen. Bei der Unterscheidung von Akutspitalbedürftigkeit und blosser Pflegebedürftigkeit ist dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen. Auch unter der Herrschaft des KVG ist nach der Rechtsprechung den Versicherten für den Übertritt vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Pflegeabteilung eine angemessene Anpassungszeit einzuräumen (BGE 124 V 366 E. 2c mit Hinweisen; Urteil des EVG K 91/01 vom 9. April 2002, E. 1).

6.2 Die Vergütungen für stationäre Dauerpatienten in psychiatrischen Kliniken sind grundsätzlich nach den Regeln zu bemessen, wie sie für Pflegeheimpatienten vorgesehen sind (Art. 50 KVG). Denn die psychische Krankheit, welche einen stationären Daueraufenthalt erfordert, ist nicht als akute Krankheit im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zu qualifizieren, auch wenn sie Schwankungen unterworfen ist. Dies schliesst hingegen nicht aus, dass Dauerpatienten bei schubweisen Verschlimmerungen ihres Leidens vorübergehend wieder den Status eines Akutpatienten haben können. Massgebend ist, ob eine Behandlung oder Pflege auf einer Akutabteilung erforderlich ist.

6.3 Aus den Kostengutsprachegesuchen und der Stellungnahme der D. ___ vom 14. Juni 2017 (AA 3- 11; Beschwerdebeilage 12) geht nicht schlüssig hervor, dass weiterhin eine Behandlung im Akutspitalsetting notwendig ist. Wie vorstehend ausgeführt, sind die Vergütungen für stationäre Dauerpatienten in psychiatrischen Kliniken grundsätzlich nach den Regeln zu bemessen, wie sie für Pflegeheimpatienten vorgesehen sind (Art. 50 KVG). Denn die psychische Krankheit, welche einen stationären Daueraufenthalt erfordert, ist nicht als akute Krankheit im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zu qualifizieren, auch wenn sie Schwankungen unterworfen ist. Dies schliesst zwar nicht aus, dass Dauerpatienten bei schubweisen Verschlimmerungen ihres Leidens vorübergehend wieder den Status eines Akutpatienten haben können. Massgebend ist, ob eine Behandlung oder Pflege auf einer Akutabteilung erforderlich ist. Aufgrund der Akten ist aber nicht einsehbar, weshalb die vorliegend zweifellos weiterhin notwendigen Therapien nicht auch in einer geschlossenen Pflegeabteilung zu erbringen sind. Eine Akutspitalbedürftigkeit ist aufgrund der Akten nicht (mehr) ausgewiesen. Wie die Beschwerdegegnerin zudem zu Recht festhält, ist der Zustand der Beschwerdeführerin trotz eineinhalb Jahre dauernder Therapie nur wenig verändert,

womit sich auch die Frage nach der Wirksamkeit der Akutspitalbehandlung stellt (Art. 32 Abs. 1 KVG), zumal bereits im Gutachten der B. ___ vom 19. Mai 2010 festgehalten wurde, chronifizierte wahnhaftige Störungen seien einer medikamentös-neuroleptischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung nur bedingt zugänglich. Die behandelnden Ärzte machen zwar geltend, die Beschwerdeführerin sei nicht entlassungsfähig unterfülle trotz medikamentöser Behandlung die Kriterien eines wahnhaften Erlebens, die sich durch die Unmöglichkeit der Erlebnisinhalte, die subjektive Gewissheit und eine in hohem Masse eingeschränkte Korrigierbarkeit der realitätsfremden Überzeugungen zeigen würden. Die Chronizität der wahnhaften Störung stelle bei der Patientin immer noch einen schwerwiegenden psychischen Krankheitswert dar, der eine medizinische Behandlung unter Spitalbedingungen weiterhin erforderlich mache. Daraus geht aber nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin akutspitalbedürftig ist. Damit konnten die behandelnden Ärzte nicht schlüssig begründen, weshalb eine Akutspitalbedürftigkeit weiterhin gegeben war und die auch nach dem 5. Oktober 2016 erforderlich gewesenen Therapien zwingend unter Spitalbedingungen durchgeführt werden müssten. Namentlich lässt sich ihren Ausführungen nicht entnehmen, welche konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheims überfordern hätten. Selbst eine intensiv anleitende Betreuung durch Bezugspersonen begründet allein noch keine Akutspitalbedürftigkeit; auch Pflegeheime haben gemäss gesetzlichem Auftrag (Art. 39 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 KVG) über qualifiziertes Personal zu verfügen (Urteil K 20/06 vom 20. Oktober 2006 E. 3.3.2), namentlich auch für die Anleitung im Umgang mit Aggressionen und die Unterstützung psychisch kranker Personen, insbesondere zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung (Art. 7 Abs. 2 lit b Ziff. 13 und 14 KLV; Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2010 vom 18. August 2010 E. 5.2). Ob die erforderlichen ärztlichen Leistungen grundsätzlich ambulant erfolgen können, ohne dass hierfür ein stationärer Aufenthalt in einem Akutspital notwendig ist (vgl. Urteil K 44/05 E. 2.3), kann vorliegend offengelassen werden, nachdem die Therapie in einer stationären Pflegeeinrichtung gewährleistet wäre und gemäss Art. 50 KVG beim Aufenthalt in einem Pflegeheim der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a vergütet werden.

E. 7

7.1 Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den weitergehenden Anspruch der Beschwerdeführerin auf die Kostenübernahme einer Behandlung in einem Akutspital mit Verfügung vom 17. Februar 2017 und Einspracheentscheid vom 2. Juni 2017 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung.

7.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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