

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00101 vom 1. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2013.00101](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2013.00101)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00101 du 1 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2013.00101 del 1 giugno 2015

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1964, ist bei der Sanitas Grundversicherung AG (nach folgend: Sanitas) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) krankenversichert. Am 30. November 2009 wurde die Versicherte vom Bezirksgericht Z.\_\_\_\_ wegen Verbrechen gegen das Betäubungsmittelgesetz mit einer Freiheitsstrafe von 18 Monaten bestraft. Gleichzeitig wurde eine stationäre Massnahme im Sinne von Art. 59 des Strafgesetzbuches (StGB) während des Strafvollzugs an geordnet (vgl. Urk. 3/4), welche die Versicherte am 30. August 2010 in der Klinik A.\_\_\_\_ antrat.

Am 7. März 2011 stellte die Klinik A.\_\_\_\_ ein Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt der Versicherten (Urk. 9/116).

Am 5. April 2011 erteilte die Sanitas Kostengutsprache für die stationäre Behandlung der Versicherten mit dem Hinweis darauf, dass ab dem 1. Mai 2011 nur noch die ambulanten Leistungen nach Tarif übernommen würden (Urk. 9/115).

Mit Verfügung vom 7. Mai 2012 verneinte die Sanitas

das Vorliegen einer stationären Spitalbedürftigkeit der Versicherten ab 1. Mai 2011 und damit

eine Leistungspflicht für die Kosten des stationären Massnahmenvollzugs (Urk. 9/66-69). Die dagegen vom Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich und der Versicherten am 25. Mai und 13. Juni 2012 erhobenen Einsprachen, ergänzt am 11. Februar 2013

(Urk. 9/9-11, Urk. 9/29-34, Urk. 9/63), wies die Sanitas mit Einspracheentscheid vom 23. September 2013 (Urk. 2 = Urk. 9/2-8) ab.

### E. 1.1

Die Beschwerdeführerin vertrat im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) die Auffassung, dass ab Frühjahr 2011 die stationäre Behandlungsbedürftigkeit

der Beschwerdeführerin nicht mehr durch medizinische oder psychiatrische Befunde indiziert gewesen sei, und die durchgeführten Behandlungen und Zielsetzungen auch in einem angepassten ambulanten Rahmen hätten erfolgen können (S. 2 Ziff.

### E. 1.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführenden einen Anspruch auf Übernahme der Kosten des stationären Aufenthaltes in der Klinik A.\_\_\_\_ ab dem 1. Mai 2011 gegenüber der Beschwerdeführerin haben. 2.

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 nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden ( lit . a), einen Beitrag an die ärztlich angeordneten Badekuren ( lit . c), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation ( lit . d) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung ( lit . e).

## **E. 2**

Die Versicherte und der Kanton Zürich, Amt für Justizvollzug, Bewährungs- und Vollzugsdienste, erhoben am 24. Oktober 2013 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 23. September 2013 ( Urk. 2) und beantragten, dieser sei aufgehoben, und es seien die Leistungen gemäss KVG/ obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzusprechen. Eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Verpflichtung, den Sachverhalt rechtskonform abzuklären und anschliessend neu zu verfügen ( Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2014

beantragte die Sanitas die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was den Beschwerdeführenden am 27. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1 .

### **E. 2.2**

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen

nach den Artikeln 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das für den Behandlungszweck erforderlich ist. Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, nur für die kostengünstigsten

dieser Massnahmen aufzukommen. Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Sie meint die einfache Tatsache der Eignung zur Zielerreichung und stellt insofern einen Teilgehalt der Zweckmässigkeit dar, welche voraussetzt, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel (Untersuchung, Behandlung, Pflege) zu erreichen (RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen). Die Zweckmässigkeit kann in diesem Sinn umschrieben werden als „angemessene Eignung im Einzelfall“ (BGE 123 V 53 E. 2c/ bb ; Urteil des Bundesgerichts K 142/03 vom 24. Juni 2004 E. 1.2).

### **2.3**

Die Leistungspflicht für eine stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst 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). Des Weiteren

muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern 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 (BGE 126 V 323 E. 2b mit Hinweisen). Massgebend sind die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Spitaleintritts. Der Heilungserfolg rechtfertigt keine nachträgliche Bejahung genereller Spitalbedürftigkeit (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich 2010, Art. 25 Rz 55 f. und 59 mit Hinweisen). 3. 3.1

Zu prüfen ist im Folgenden die Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin 1 ab 1. Mai 2011

anhand der medizinischen Aktenlage. 3.2

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 1.1) diagnostizierte in seinem zuhanden der Staatsanwaltschaft C.\_\_\_\_ erstellten psychiatrischen Gutachten vom 27. Mai 2009 (Urk. 9/35-55 = Urk. 3/3) eine entwicklungsbedingte kombinierte

Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Anteilen, ICD-10 F61.0, rezidivierende depressive Episoden mit schweren Affektstörungen, ICD-10 F33.2, und

eine chronifizierte Abhängigkeitserkrankung mit polytoxikomanem Konsummuster, ICD-10 F19.25. Zudem nannte er einen Verdacht auf ein juveniles Aufmerksamkeits-, allenfalls Hyperaktivitäts-Defizit-Syndrom, ICD-10 F90.0, sowie einen Verdacht auf ein psychoorganisches Syndrom im Sinne von kognitiver Beeinträchtigung durch psychotrope Substanzen, ICD-10 F19.74 (S. 14 Mitte).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, aus psychiatrischer Sicht sei es lohnenswert, die Ex-Plorandin in einen geschlossenen, psychiatrischen Massnahmenvollzug zu bringen, um ihr wenigstens einmal die Möglichkeit zu geben, sich mit guter Substitution und allenfalls mit psychiatrischen Medikamenten ohne permanente, schwere Alkoholintoxikation zu erleben. Es bestehe so zumindest eine kleine Chance, dass sie in Kontakt mit ihren guten und gesunden Persönlichkeitsanteilen kommen würde und über die Zeit auch ein besseres Selbstverständnis entwickeln könnte, das später die Grundlage einer besseren psychosozialen Integration und Betreuung werden könnte (S. 12 Ziff.

### **E. 2.3**

) der Beschwerdeführerin 1 gesprochen werden kann. 4.3

Schwierig und letztlich nicht vollends zu klären ist die Frage, ab welchem Zeitpunkt eine Behandlung nur noch im Rahmen der Legalprognose erfolgte. So hing doch die Delinquenz mit der Drogenproblematik und diese wiederum von der psychischen Grunderkrankung ab, so dass sich hier keine genaue Trennung vornehmen lässt.

Die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ äusserten sich im Februar 2013 (vorstehend E. 3. 6 ) dahingehend, der stationäre Aufenthalt sei im Wesentlichen durch die Legal prognose , also durch das Verhindern weiterer Delikte, gerechtfertigt gewesen sowie durch die Zuweisung und Verfügung des Justizvollzuges des Kantons Zürich.

Klar davon zu unterscheiden ist die Frage, ab welchem Zeitpunkt eine Behandlung anstatt im stationären auch im ambulanten Setting hätte erfolgen können.

Nicht gefolgt werden kann diesbezüglich den Beschwerdeführenden, dass sich die Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin 1 auch über Zeitraum vom 1. Mai 2011 hinaus aus dem im Mai 2009 von Dr. B.\_\_\_\_

erstellten Gutachten

entnehmen lässt. So waren seither doch schon zwei Jahre vergangen und die Beschwerdeführerin 1 befand sich am 1. Mai 2011 bereits seit acht Monate in intensiver stationärer Behandlung, so dass nicht mehr vom gleichen Zustand ausgegangen werden kann. Zudem führte Dr. B.\_\_\_\_

unter anderem aus, dass die Beschwerdeführerin 1 in nächster Zukunft keine ambulante Behandlung durchführen können, woraus keine eineinhalbjährige Spitalbedürftigkeit abgeleitet werden kann.

Aus dem Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom Juli 2011 (vorstehend E. 3.3) und insbesondere aus dem detaillierten Austrittsbericht vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.4 )

geht ein im Mai 2011 verbesserter Gesundheitszustand hervor , indem die Beschwerdeführerin 1 Fortschritte im Bereich der Einhaltung der Tagesstruktur gezeigt , Termine pünktlich eingehalten und zu 75 % an der Aktivierungstherapie teilgenommen hat .

Ab diesem Zeitpunkt war die Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin 1 somit nicht mehr ausgewiesen .

Vielmehr waren die Voraussetzungen für eine ambulante Betreuung gegeben . Einzig mit der noch nicht erfolgten Lockerung der Prognose (vgl. vorstehend E. 3.3) lässt sich eine Spitalbedürftigkeit nicht begründen. So erschien denn auch bei tatsächlichem Austritt aus der Klinik A.\_\_\_\_ im Februar 2012 die vorhandene Rückfallgefahr betreffend den Alkoholkonsum im Vergleich zur Situation im Mai 2011 nicht wesentlich anders.

Trotzdem trat die Beschwerdeführerin 1 ins sozialpsychiatrische Wohnheim über bei gewährleisteter ambulanter psychiatrischer Betreuung und vorerst begleiteter Methadoneinnahme .

Wie der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. G.\_\_\_\_

in seiner Stellungnahme vom März 2012 (vorstehend E. 3.5) zu Recht festhielt , hätte ein ambulantes Setting vorübergehende stationäre Aufenthalte bei akuten Intoxikationen nicht ausgeschlossen.

Zu beachten ist auch, dass die Beschwerdeführerin 1 gemäss Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.4) ab Herbst 2011 , nach vermehrten Alkoholabstürzen , keine Behandlungsbereitschaft und

Therapiemotivation mehr zeigte und der stationäre Aufenthalt zu diesem Zeitpunkt auch das Erfordernis der Zweckmässigkeit, verstanden als angemessene Eignung der Massnahme im Einzelfall (vgl. vorstehend E. 2.2), nicht mehr erfüllte. 4. 4

Aufgrund des Gesagten ist die für die Übernahme der Kosten des stationären Aufenthalts in der Klinik A.\_\_\_\_ erforderliche Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin

1 ab dem

1. Mai 2011 nicht mehr ausgewiesen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Das Verfahren ist kostenlos. Daher erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin 1 um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - Wincare - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schucan

## **E. 7**

, S. 6 Ziff. 24). Im Krankenversicherungsrecht stehe die Heilung der psychischen Störung und nicht die Deliktprävention im Vordergrund (S.

4 Ziff. 17). Das Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, könne nicht die alleinige Entscheidungsgrundlage für die Frage nach der medizinischen Indikation einer stationären Behandlung ab dem 1. Mai 2011 sein, zumal das Gutachten vom Mai 2009 stamme und somit den Behandlungsverlauf der Therapie nicht berücksichtige (S. 4 Ziff. 18). Der Vorzustand der Beschwerdeführerin 1 sei in der vertrauensärztlichen Stellungnahme gewürdigt worden (S. 4 Ziff. 19). Dass lediglich die unbegleitete Lockerungsprobung noch gefehlt habe, sei kein Grund für die Weiterführung einer stationären Massnahme (S. 5 Ziff. 21). Trotz wiederholter Rückfälle mit Alkohol fänden sich in den medizinischen Berichten keine Hinweise auf medizinische oder psychiatrische Befunde, welche eine Weiterführung der stationären Behandlung als notwendig ausgewiesen hätten. Aus dem Kriterium der Therapiemotivation könne keine spezifische Indikation für eine stationäre Behandlung abgeleitet werden (S. 5 Ziff. 23). 1. 2

Die Beschwerdeführenden bringen dagegen in ihrer Beschwerde zusammen gefasst ( Urk. 1) vor, vom Eintritt in die Klinik A.\_\_\_\_ am 30. August 2010 bis zum Übertritt in das Wohnheim am 6. Februar 2012 habe durchgehend eine Behandlungs- und Spitalbedürftigkeit bestanden (S.

## **E. 7.2**

Mitte) .

Die Explorandin sei für eine ambulante Massnahme, wie die Vergangenheit gezeigt habe, in ihrer momentanen Situation in allen Dimensionen überfordert (S.

16

oben). Sie werde auch in nächster Zukunft nicht fähig sein, die notwendigen Rahmenbedingungen einzuhalten (S. 19 Ziff. 4.2).

Zur Frage, ob bei der beschuldigten Person die Gefahr erneuter Straftaten bestehe, führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, die Rückfallgefahr bei dieser schwer chronifizierten Explorandin sei sowohl von der Persönlichkeitskomponente

als auch von der Abhängigkeit her sehr gross und sogar wahrscheinlich. Aus psychiatrischer Sicht gehe es in erster Linie um eine zukünftig bessere Betreubarkeit und Führung der Explorandin, was die Gefahr weiterer krimineller Handlungen am ehesten reduzieren dürfte (S. 18 Ziff. 3.2).

Aus psychiatrischer Sicht sollte berücksichtigt werden, dass sich bereits psychosomatische Störungen im Sinne von mnestischen Funktionsstörungen zu etablieren begonnen hätten , die höchstwahrscheinlich durch eine Substitution und eine Alkoholabstinenz zumindest gestoppt, höchstwahrscheinlich aber sogar verbessert werden könnten (S. 14 oben). 3. 3

Die Fachpersonen der Klinik A.\_\_\_\_

fürten in ihrem Bericht vom 18. Juli 2011 ( Urk. 9/103-105 = Urk. 3/5 ) aus, seit Mai 2011 gelinge der Beschwerdeführer in

1 die selbständige und pünktliche Einhaltung des Wochenplans . Aufgrund eines Alkoholorückfalles am 22. Januar 2011 seien sämtliche unbegleitete Ausgänge gestrichen und die Patientin auf die Lockerungsstufe 4 zurückgesetzt worden. Seitdem könnten nur kleine Fortschritte in der Bewältigung des Alltags beobachtet werden. Es gelinge ihr mittlerweile, selbständig Strukturen des Klinikalltags einzuhalten. Aufgrund ihrer fehlenden Flexibilität benötige sie jedoch weiterhin genaue Anleitungen und Besprechungen von Neuerungen , um Aufgaben umsetzen zu können. Sie habe sich schrittweise wieder die Lockerungsstufe 6, das bedeute unbegleitete Ausgänge innerhalb des Klinikareals und speziell bewilligte unbegleitete Ausgänge zum Hund , erarbeiten können . Die Einhaltung der Vereinbarung gelinge ihr gut , und es sei zu keinerlei Vorkommnissen in den letzten Wochen gekommen (S. 1 f.) .

Zu den Diagnosen führten die Fachpersonen aus, die im Gutachten vom 27. Mai 2009 gestellten Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) und einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung mit polytoxikomanem Konsummuster (ICD-10 F19.25) seien zu bestätigen. Die zum Zeitpunkt des Gutachtens vorhandene Depression sei remittiert. Der im Gutachten geäußerte Verdacht eines juvenilen Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ICD-10 F90.0) und eines psychosomatischen

Syndroms im Sinne von kognitiver Beeinträchtigung durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F19.74) be stehe weiterhin.

Die Fachpersonen führten aus, die suchtbedingten Verhaltensmuster hätten sich über die Jahre hinweg eingeschliffen, so dass der Bezug zur Realität und zu einem normalen Alltagsleben verloren gegangen sei. Die Beschwerdeführerin 1 benötige eine Struktur und eine helfende Betreuung, um Rückfälle zu vermeiden (S. 2 oben).

Insgesamt könne von einem schwierigen Therapieverlauf mit Schwankungen berichtet werden. Seit einigen Monaten zeige sich eine schrittweise Stabilisierung. Die Schwankungen seien deutlich weniger ausgeprägt. Es gelinge der Patientin, sich an äussere Strukturen zu halten, was sich auf ihre eigene Strukturiertheit im Denken und Handeln positiv auswirke. Gegenüber der Abstinenz zeige sie sich aufgeschlossen. Erlernte Methoden zur Stabilisierung von Spannungszuständen wende sie teilweise an (S. 3 Mitte). Insgesamt könne von einem guten Behandlungsverlauf berichtet werden. Der Medikamentenabbau habe vorangetrieben und die psychische Stabilität verbessert werden können. Aufgrund der noch fehlenden Lockerungsproben mit Festigung der Fortschritte, könne eine bedingte Entlassung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht befürwortet werden (S. 3 unten). 3. 4

Die Fachpersonen der Klinik A.\_\_\_\_

führten in ihrem Austrittsbericht vom 14. Februar 2012 ( Urk. 9/92-99 = Urk. 3/8 )

zum Verlauf aus, zu Beginn der Behandlung sei eine starke körperliche und soziale Verwahrlosung der Patientin aufgefallen. Es sei ihr nicht möglich gewesen, sich an die Strukturen der Station zu halten (S.

3 Mitte). Die ersten Monate hätten ganz im Zeichen des Aufbaus und der Erhaltung einer Tagesstruktur gestanden (S. 3 unten).

Im Rahmen der ersten unbegleiteten Ausgänge zum Spaziergang mit dem Hund in D.\_\_\_\_ im Januar 2011 sei es zum ersten Alkoholrückfall gekommen. Ab Mai 2011 hätten sich vermehrt Fortschritte im Bereich der Einhaltung der Tagesstruktur gezeigt. Ihr alltäglicher Stress habe deutlich nachgelassen und es sei ihr gelungen, Termine pünktlich einzuhalten, Ämtchen zu erledigen und an 75 % der Aktivierungstherapie im Atelier teilzunehmen. Schrittweise habe sie sich unbegleitete Ausgänge innerhalb des Areals und speziell bewilligte unbegleitete Ausgänge zum Hund erarbeiten können (S.

4 Mitte). Die Einhaltung der Abstinenz sei ihr zunehmend wichtig geworden, und es sei ein Rückfallmodell mit ihr erarbeitet und an der Stresstoleranz, den Skills zur Spannungsreduktion und Problemlösungsstrategien gearbeitet worden. Notfallstrategien für die Rückfallprophylaxe bei Suchtdruck seien erarbeitet und erprobt worden und die Patientin habe sich zunehmend wohl auf der Station gefühlt. Sie habe den Stolz über die Einhaltung der Tagesstruktur und die gemachten Fortschritte spüren und die Tagesstruktur als hilfreich erkennen können (S. 4 unten).

Ab Juli 2011 sei es ihr gelungen, das gesamte Tagesprogramm der Klinik pünktlich einzuhalten. Es habe eine zunehmende psychische Stabilität beobachtet werden können. Unstabile Phasen seien seltener und kürzer geworden. In der Therapie habe sie über ihre Angst zu versagen und ihre Angst vor Entwertung berichten können, welche sie in Bezug zu ihrer Kindheit und ihrem Gefühl der Bevormundung durch die Mutter gestellt habe. Die Reflexion ihres Verhaltens sei nur in beschränktem Masse gelungen, und ihre

Persönlichkeitsstörung sei in ihrem widersprüchlichen Verhalten deutlich geworden (S. 5 oben) .

Die erlernte Strategie zur verbesserten Problemlösung, zum Umgang mit Stress und zur Einhaltung der Abstinenz sei ab Mitte Juli 2011 in unbegleiteter zeitlich befristeter Ausgänge ausserhalb des Klinikareals erprobt und die Austrittsplanung in eine Wohngemeinschaft begonnen worden. Es habe sich gezeigt,

dass die gemachten Fortschritte im unbegleiteten Rahmen nicht hätten durchgehalten werden können.

Im August und im September 2011 sei es zu Alkoholrückfällen gekommen, unter anderem im Rahmen von unbegleiteten Ausgängen, auch ohne ersichtlichen Stressfaktor. Die Patientin sei zurückgestuft und die unbegleiteten Ausgänge gestrichen worden. Der geplante Austritt und das damit zusammenhängende Probewohnen seien abgesagt worden. Es sei eine Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheitseinsicht, den wirklich erreichten Fortschritten und der Abstinenz gefordert worden. Der Patientin sei es nicht möglich gewesen, die geforderte Reflexionsarbeit zu leisten (S. 5 Mitte). Immer stärker habe sie über ihren Stress mit dem Alltagsprogramm geklagt und die Meinung vertreten, an einem Burnout zu leiden. Trotz im November 2011 erstelltem gemeinsamen Plan zum Stressabbau sei es kurz darauf wieder zu einem Alkoholrückfall gekommen.

In einem folgenden Standortgespräch mit dem Justizbeauftragten sei besprochen worden, dass eine Weiterführung der Massnahme aufgrund der fehlenden Therapiemotivation in der Klinik A.\_\_\_\_ nicht sinnvoll sei und ein passendes sozial psychiatrisches Wohnheim gefunden werden müsse. Es sei in der Folge nicht gelungen, mit der Patientin ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen. Sie habe vehement die Meinung vertreten, an einem Burnout zu leiden. Sie sei vom Behandlungsteam kaputt gemacht worden und brauche nun Erholung. Es sei ihr nicht mehr möglich gewesen, an einem Aktivierungsprogramm teilzunehmen oder auch nur kleine Alltagsaufgaben zu erledigen. Sie habe sich bei der kleinsten Anforderung überaus gestresst gezeigt und habe keinen Schritt in Richtung Aufgabenlösung unternehmen können (S. 5 unten f.). Im Stationsalltag

habe sich eine tägliche Gratwanderung gezeigt zwischen „einfach machen lassen“, worauf gar nichts passiert sei und sie den ganzen Tag geschlafen habe, und „ihre Hilfe aufzwingen“, worauf sie geschimpft habe, wütend gewesen sei und sich völlig unverstanden gefühlt habe (S. 6 oben). Kurz vor Weihnachten sei die Patientin mit ihren Eltern mit der Bitte an die Klinik getreten, einen viertägigen Weihnachtsurlaub zu Hause beim Vater verbringen zu können. Die Patientin sei am 26. Dezember 2011 in alkoholisiertem Zustand durch die Eltern zurückgebracht worden. Nach einer kurzen Stabilisierungsphase sei sie am 6. Februar 2012 ins sozialpsychiatrische Wohnheim „E.\_\_\_\_“ eingetreten.

Die Fachpersonen führten aus, zusammengefasst könne von einem schwierigen Behandlungsverlauf mit lediglich partiellen Fortschritten berichtet werden (S. 6 Mitte). Die Reflexionsfähigkeit und Änderungsbereitschaft seien insgesamt sehr gering. Eine vormundschaftliche Massnahme ohne Einbezug von Angehörigen sei dringend anzustreben (S. 6 unten). Die psychiatrische Nachbehandlung übernehme Herr Dr. F.\_\_\_\_. Im Wohnheim verfüge sie zur Eingewöhnung und Erhaltung der Abstinenz während mindestens den ersten zwei Wochen nur über begleitete Ausgänge. Auch zur Methadoneinnahme werde sie vorerst begleitet (S. 7 Mitte). 3. 5

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin ,

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 12. März 2012 ( Urk. 9/76-83) zur Notwendigkeit der Weiterführung der stationären Behandlung aus, dass ihm das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_

nicht vorliege . Im Schreiben des Amtes für Justizvollzug vom 17. Januar 2012 werde auf eine ausführliche diagnostische Einschätzung verwiesen, wovon allerdings anlässlich der lang dauernden stationären Behandlung in der Klinik A.\_\_\_\_ nur die kombinierte Persönlichkeitsstörung, die Störung durch Alkoholkonsum, die Störung durch Opioide und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode , bestätigt worden seien . Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, aus keiner dieser genannten Diagnosen könne per se eine stationäre Behandlungsbefürdigtheit abgeleitet werden (S. 5 unten).

Bereits im Bericht der Klinik A.\_\_\_\_

vom 7. März 2011 und vor allem im Bericht vom 18. Juli 2011 werde darauf verwiesen, dass die Depression remittiert sei , und auch im Austrittsbericht sei lediglich von einer leichten depressiven Episode berichtet worden. Diese Erkrankung habe demnach bei weitem nicht denjenigen Schweregrad aufgewiesen, welcher eine stationäre Behandlung erforderlich gemacht hätte .

So seien auch bezüglich der Frage der Akutspitalbedürftigkeit im Bericht vom 7. März 2011 keine medizinischen oder psychiatrischen Befunde aufgeführt worden (S. 6 oben).

Sowohl dem Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2011 als auch dem Austrittsbericht sei zu entnehmen, dass sich ab Mai 2011 vermehrt Fortschritte im Bereich der Einhaltung der Tagesstruktur gezeigt hätten (S. 6 Mitte).

Aufgrund des Fehlens von erneuten Rückfällen oder eines selbst- oder fremddestruktiven Verhaltens habe eigentlich schon im Zeitraum vor dem 18. Juli 2011 kein medizinischer Grund mehr vorgelegen, welcher eine stationäre Behandlung indiziert hätte. Die für die Entzugsbehandlung notwendige Stabilisierungsphase sei gemäss diesen Unterlagen schon vorgängig beendet gewesen . Auch die dokumentierten Behandlungsschritte in jenem Zeitraum auf der psychotherapeutischen Ebene (Erarbeiten eines Rückfallmodells, Skills zur Spannungsreduktion und Problemlösungsstrategien etc.) seien allesamt Themen und Techniken, welche im Rahmen einer ambulanten Einzel- oder spezifischen Gruppenbehandlung ebenso effektiv hätten durchgeführt werden können. Ebenso hätten die damals verordneten Medikamente in ihrer geringen Dosierung auf eine stabile psychische Verfassung hingewiesen (S. 6 unten f.).

Wo im Bericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2011 bezüglich der Empfehlung der Weiterführung der stationären Massnahme ausgeführt worden sei, dass vor allem die unbegleitete Lockerungserprobung noch fehle , sei dies nicht nachvollziehbar, da vorgängig von unbegleiteten Ausgängen berichtet worden sei, bei denen die Versicherte ausreichend die Möglichkeit gehabt habe, diese Lockerung zu erproben (S. 7 oben). Auch hätten die auf die erneuten Alkoholrückfälle im August 2011 durchgeführten Massnahmen auch durchaus in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt werden können. Es scheine, dass diese Rückfälle nicht zu spezifischen Massnahmen im Rahmen der postulierten Lockerungserprobung geführt, sondern bei den Behandlern zur Folge gehabt hätten, dass sie ihr stationäres Behandlungsangebot als nicht mehr geeignet für die Situation der Versicherten einschätzten. So sei zusammen mit dem Beauftragten der Justiz

direktion besprochen worden, dass eine Weiterführung aufgrund der fehlenden Therapiemotivation nicht sinnvoll sei (S. 7 Mitte) .

Dr. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, trotz der wiederholten Rückfälle mit Alkohol fän den sich keine Hinweise auf medizinische oder psychiatrische Befunde, welche eine Weiterführung der stationären Behandlung als notwendig ausgewiesen hätten . Bei der Therapiemotivation handle es sich um ein Phänomen, welches sich sowohl bei ambulanten als auch stationären Behandlungen stelle, eine spe zi fische Indikation für eine stationäre Behandlung sei daraus nicht abzuleiten (S. 7 unten).

Erst anlässlich der Rückkehr in alkoholisiertem Zustand an Weihnachten sei angeführt worden, dass eine kurze Stabilisierungsphase vor dem Übertritt in ein sozialpsychiatrisches Wohnheim notwendig gewesen sei . Eine solche Stabili sierung im Rahmen einer akuten Intoxikation könne für wenige Tage aus medi zi ni sch-psychiatrischer Sicht einen stationären Aufenthalt notwendig werden lassen.

Dass aber eine weitere Spitalbedürftigkeit auch bei erneutem Alkohol rückfall der Versicherten nicht mehr ausgewiesen gewesen sei, zeige sich daran, dass trotz des erneuten Rückfalls an Weihnachten an dem geplanten Austritt festgehalten worden sei (S. 8 oben).

Auch sei die Medikation bei Austritt, welche quasi keine substantielle Verbesse rung seit Frühjahr 2011 darstelle, wie auch die Übergabe dieser Behandlung an ambulante Behandlungsstellen erfolgt, ohne dass ein eindeutiger Behandlungs fortschritt habe ausgewiesen werden können (S. 8 Mitte).

Zusammenfassend hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die Dokumentationen über den stationären Verlauf keine medizinischen oder psychiatrischen Befunde belegten, für welche die stationäre Behandlung ab Frühjahr 2011 eine notwendige Indi ka tion dargestellt hätte. So hätten die ab 1. Mai 2011 durchgeführten Behand lungen und Zielsetzungen auch in einem angepassten ambulanten sozialpsychi atrischen und suchtmedizinischen Rahmen erfolgen können. Allenfalls wären kurzzeitige stationäre Aufenthalte im Sinne einer Stabilisierung bei akuter Into xi kation notwendig geworden (S. 8 unten).

Nach Zustellung des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ führte Dr. G.\_\_\_\_ am 1 4. Okto ber 2012 ( Urk. 9/24-26) aus, Dr. B.\_\_\_\_ habe bezüglich der erwähnten Massnah men keine Zielsetzung in dem Sinne formuliert, dass es weder zu einer voll stän digen Abstinenz mit gesichert verminderter Rückfallgefahr kommen müsse, noc h dass die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung in einem solchen Rahmen weit gehend behandelt werden müsse (S. 2 oben).

Im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ liessen sich keine Angaben finden, welche zu ei ner Änderung seiner

vertrauensärztli chen Stellungnahme führten (S. 2 Mitte). 3. 6

Die F achpersonen der Klinik A.\_\_\_\_ führten zu Handen der Vertretung der Be schwerdeführenden

am 1. Februar 2013 bezüglich der Indikation, Zweck mässigkeit und Wirtschaftlichkeit des Klinikaufenthalts der Beschwerdeführerin 1 vom 1. Mai 2011 bis 6. Februar 2012 ( Urk. 9/12-13 = Urk. 3/9 ) aus, die Indikation habe sich aus der Zuweisung und Verfügung des Justizvollzugs des Kantons Zürich ergeben und bleibe so lange bestehen, bis die zuständige Justizbehörde die Massnahme zur Bewährung aussetze oder die Versetzung ins

Wohnexternat anordne. Die Zweckmässigkeit des Aufenthalts der Patientin habe sich aus dem übergeordneten Behandlungsauftrag der Justizbehörde zur Verbesserung der Legalprognose ergeben. Die Beschwerdeführerin 1 benötige einen sehr eng geführten, strukturierten Rahmen, um ihre Abstinenz zu gewährleisten und das Risiko eines Rückfalls in altes deliktisches Verhalten (Weitergabe von Drogen) zu verringern und an der Verbesserung der Legalprognose zu arbeiten. Auch die Wirtschaftlichkeit der Massnahme ergebe sich aus der Legalprognose. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich durch die Abstinenz die Lebensqualität der Beschwerdeführerin 1 verbessert habe und das Risiko erneuter Straftaten entscheidend vermindert worden sei. Dieses Ziel sei nur unter stationären Rahmenbedingungen erreichbar gewesen. Die festgestellte Spitalbedürftigkeit (stationäre Behandlungsbedürftigkeit) habe deshalb während der gesamten Hospitalisationsdauer bestanden (S. 1). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht ab dem 1. Mai 2011 mit der fehlenden Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin 1 ab diesem Zeitpunkt (vorstehend E.

1. 1). Dagegen machten die Beschwerdeführenden geltend, während des gesamten Aufenthaltes in der Klinik A.\_\_\_\_

vom 30. August 2010 bis zum Übertritt in das Wohnheim am 6. Februar 2012 habe eine Spitalbedürftigkeit bestanden (vorstehend E. 1. 2). 4.2

Das Bezirksgericht Z.\_\_\_\_ stützte sich bei m Erlass seines Urteils vom 30. November 2009, worin es für die Beschwerdeführerin 1 unter anderem eine stationäre Massnahme im Sinne von Art. 59 StGB anordnete, in erster Linie auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2009

(vorstehend E.

3.2) ab (vgl. Urk. 3/4). Dieser erachtete eine stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin 1 als indiziert. Bei diagnostizierter kombinierter Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0), rezidivierenden depressiven Episoden mit schweren Antriebsstörungen (ICD-10 F33. 2) und chronifizierter

Abhängigkeitserkrankung mit polytoxikomanem Konsummuster (ICD-10 F19.25) wurden neben dem Krankheitsgeschehen auch Kriterien aufgezeigt, welche sich ungünstig auf die Legalprognose auswirken, so die jahrelange Verwahrlosung und soziale Isolation.

Aufgrund der bisher gescheiterten Versuche einer ambulanten Therapie, der massiven Antriebslosigkeit vor allem im Rahmen der permanenten Intoxikation und damit auch aufgrund der fehlenden Tagesstruktur

empfahl Dr. B.\_\_\_\_ eine stationäre Behandlung. Diese sah

er als einzige Möglichkeit an, um im Anschluss daran erfolgreich eine weitere ambulante Behandlung durchführen zu können. Er sprach in diesem Zusammenhang davon, eine bessere „Betreubarkeit“ der Beschwerdeführerin 1 zu erreichen.

Die ursprüngliche Indikation für eine stationäre Behandlung blieb indes unbestritten.

Zu klären ist im Folgenden, ab welchem Zeitpunkt ein Übertritt von der stationären in die ambulante Behandlung hätte erfolgen können, respektive ob nach dem 1. Mai 2011 noch von effektiver Spitalbedürftigkeit (vgl. vorstehend E.

Ziff. 18). Abschliessend sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin 1 bereits seit 1998 erfolglos eine heroïn- und später eine methadon gestützte ambulante Behandlung absolviert habe, welche aufgrund ihrer psychischen Instabilität nicht erfolgreich verlaufen sei (S. 11 Ziff. 22).

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