

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00042 vom 30. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2018.00042](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00042)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00042 du 30 avril 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00042 del 30 aprile 2021

## Erwägungen

### E. 1

) nach Hause ausgetreten war

(Urk. 37/3 S. 2) , attackierte er diese

mindestens am 27. Februar 2012

(Urk. 37/4 S. 1 und Urk. 43/32 ) , was ein Strafverfahren betreffend schwere

Körperverletzung etc. beziehungsweise betreffend qualifizierte Freiheitsberaubung etc. zur Folge hatte ( vgl. Urk. 43/3 S. 1, Urk. 37/1 S. 1 sowie Urk. 43/32 S. 1 ).

Mit Beschluss und Urteil vom 20. August 2013 sprach das Bezirksgericht Dietikon den Versicherten der mehrfachen Übertretung des Betäubungsmittelgesetzes ( BetmG ) im Sinne von Art. 19a Ziff. 1 BetmG sowie der einfachen Körperverletzung im Sinne von Art. 123 Ziff. 1 Abs. 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches ( StGB ) schuldig (Urk. 43/32 S. 37), wobei die einfache Körperverletzung am 20. Februar 2012 gegenüber einer anderen Person stattgefunden hatte (vgl. S. 7 der im Anhang des Urteils befindlichen Anklageschrift). Vom Vorwurf der qualifizierten Freiheitsberaubung wurde der Versicherte

freigesprochen, da der entsprechende Sachverhalt nicht rechtsgenügend erstellt werden konnte (Urk. 43/32 S. 16 und S. 38). Bezüglich des Hauptdelikts zulasten der Freundin erachtete das Gericht den objektiven sowie den subjektiven Tatbestand der versuchten schweren Körperverletzung im Sinne von Art. 122 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 22 StGB als erfüllt, sprach ihn indes infolge diesbezüglich er Schuldunfähigkeit frei (Urk. 43/32 S. 17-22 und S. 38).

Sodann

ordnete das Bezirksgericht Dietikon gestützt auf das Gutachten von PD Dr. med. Z.\_\_\_\_ und med. pract. A.\_\_\_\_, psychiatrische

Klinik B.\_\_\_\_ , Gutachtenstelle,

vom 31. Mai 2012 ( Urk. 43/3 ) eine stationäre Massnahme im Sinne von Art. 59 StGB zwecks Behandlung von psychischen Störungen an ( Urk. 43/32 S. 20 , S. 29 und S. 38 ). Diese Massnahme hatte der Versicherte bereits am 29. Januar 2013 vorzeitig

in der B.\_\_\_\_ , Klinik für Forensische Psychiatrie, Zentrum für Stationäre Forensische Therapie (nachfolgend : Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ ) , angetreten (Urk. 1 S. 3 , Urk. 37/4 S. 1 , Urk. 43/32 S. 28 und S. 31 ) . Zuvor hatte er sich seit dem 28. Februar 2012

ununterbrochen in Polizei-, Untersuchungs- und Sicherheitshaft befunden (Urk. 43/32 S. 28).

Die INTRAS kam vorerst für den Klinikaufenthalt und die dortige Behandlung auf und entsprach diversen Verlängerungsgesuchen des Psychiatricentrums C.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 9/3-9). Auf das Kostengutspracheverlängerungsgesuch vom 2. März 2015 (Urk. 9/ 10 ) hin

lehnte die INTRAS mit Schreiben vom 13. April 2015 die Kostengutsprache für die stationäre Behandlung ab dem 1. Juli 2015 ab (Urk. 9/ 11 ). Dem widersprach

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Chefarzt des Psychiatricentrums C.\_\_\_\_ , mit Schreiben vom 16. April 2015 (Urk. 9/ 12), woraufhin die INTRAS am 1. Mai 2015 gestützt auf eine vertrauensärztliche Fallbesprechung

bekannt gab, dass sie daran festhalte, dass keine Akutspitalbedürftigkeit mehr gegeben sei, dass sie aber ab dem 1. Juli

2015 die Kosten übernehmen werde, welche der Pflögetaxe entsprächen (Urk. 9/ 13-14). Infolgedessen übernahm der Kanton Zürich , Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich, Bewährungs- und Vollzugsdienste (nachfolgend : BVD) , subsidiär die für die Behandlung des Versicherten bis zum Austritt am 22.

August 2017 anfallenden Kosten (Urk. 1 S. 3). Mit Schreiben vom 15. November 2016 beantragte das Amt für Justizvollzug, BVD ,

indes diesbezüglich die Ausstellung einer anfechtbaren Verfügung (Urk. 9/ 15 ), woraufhin die INTRAS das C.\_\_\_\_ um weitere Unterlagen ersuchte ( vgl. Urk. 9/ 16-18).

Am 28. Februar 2017 wurde die Verfügung ausgestellt. Darin verneinte die INTRAS ihre Pflicht zur Kostenübernahme ab dem 1. Juli 2015 für die stationäre Behandlung mit der Begründung, dass die Akutspitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben sei . Gleichzeitig sprach sie für den weiteren Spitalaufenthalt des Versicherten Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Form eines Pflegebeitrages von neun Franken pro Tag für einen Pflegebedarf von bis zu 20 Minuten zu. Weiter übernahm sie im Sinne von ambulanten Behandlungen eine ärztliche Sitzung pro Woche für Gespräche und Medikamentenkontrolle nach TARMED und die Medikamente gemäss Spezialitätenliste (Urk. 9/ 19 ). Gegen diese Verfügung erhob das Amt für Justizvollzug namens des Kantons Zürich am 31. März 2017 Einsprache

(Urk. 9/ 23 ), welche die INTRAS mit Einspracheentscheid vom 10. April 2018 abwies (Urk. 9/ 26 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Strittig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin für die Behandlung des Beigeladenen im Psychiatricentrum C.\_\_\_\_ ab dem 1. Juli 2015 aufzukommen hat.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Einspracheentscheid berührt im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und hat im Sinne dieser Bestimmung ein schutzwürdiges Interesse an dessen

Änderung. Denn, wie er zutreffend darlegte (Urk. 1 S. 2), hat er für den stationären Klinikaufenthalt des Beigeladenen aufzukommen, soweit die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen ist. Seine Beschwerdelegitimation ist daher gegeben, sodass auf seine Beschwerde einzutreten ist.

## **E. 2**

Das Amt für Justizvollzug - namens des Kantons Zürich - erhob am 11. Mai 2018 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid und beantragte, dieser sei aufzuheben, und es sei für den weiteren Spitalaufenthalt des Versicherten im Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_\_

vom 1. Juli 2015 bis am 22. August 2017 (Klinikaustritt) die Akutspitalbedürftigkeit zu bejahen und eine Kostengutsprache für den Akutspitaltarif zu gewähren.

Eventualiter sei für den Spitalaufenthalt der versicherten Person der Pflegebeitrag im Rahmen der Pflegekosten nach Art. 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) für die ambulanten Behandlungen und Pflegeleistungen zu überprüfen und festzulegen

(Urk. 1 S. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 21. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde und beantragte zudem, der Versicherte

sei beizuladen (Urk. 8 S. 2). Mit Gerichtsverfügung vom 2. Oktober 2018 wurde der Versicherte zum Prozess beigeladen. Zugleich wurde seinem Beistand Frist angesetzt, um dem Gericht die schriftliche Zustimmungserklärung der Erwachsenenschutzbehörde zur Prozessführung (vgl. Art. 416 Abs. 1 Ziff. 9 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB])

oder im Falle von Art. 416 Abs. 2 ZGB die Einverständniserklärung des Versicherten einzureichen (Urk. 13). Daraufhin bestätigte der Beistand des Versicherten mit Eingabe vom 23. Oktober 2018 unter Beilage des Beschlusses der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) der Stadt Zürich vom 10.

Februar 2015 die vollumfängliche Urteils- und Handlungsfähigkeit des Versicherten (Urk. 15). Mit Schreiben vom 26. Oktober 2018 erklärte sich der Versicherte mit seiner Beiladung zum Prozess einverstanden und ersuchte - unter Dokumentation seiner finanziellen Situation (Urk. 19 und Urk. 20/1-10) - um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 18). Am 30. November 2018 erneuerte der Beigeladene sein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Martin Schnyder, Zürich (Urk. 27). Mit Gerichtsverfügung vom 11. Dezember 2018 wurde dem Beigeladenen Rechtsanwalt Martin Schnyder, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. Zugleich wurde ihm Frist zur Stellungnahme angesetzt (Urk. 29). Am 25. März 2019 nahm der Beigeladene Stellung und beantragte die Abweisung der Beschwerde (Urk. 36). Eine Replik des Beschwerdeführers ging innert angesetzter Frist nicht ein (vgl. Urk. 38-41).

Mit Verfügung vom 25. April 2020 zog das Gericht weitere Akten der BVD bei (Urk. 42, Urk. 43). Mit Eingabe vom 26. August 2020 ersuchte der Beigeladene um den Beizug weiterer Akten (Urk. 47), wovon das Gericht absah (vgl. Urk. 49). Zu den von den BVD eingereichten Akten nahm der Beigeladene am 18. November 2020 Stellung (Urk. 55) und reichte diverse Beweismittel ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 7. Januar 2021 auf das Einreichen einer Stellungnahme zu den Akten der BVD (Urk. 58), was dem

Beschwerdeführer und dem Beigeladenen am 11. Januar 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 59).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

des Merkblatts «Vollzug von stationären Massnahmen nach Art. 59 StGB» des Ostschweizer Strafvollzugskonkordats ; im Internet abrufbar ) .

Für das Vorliegen einer Leistungspflicht der Krankenkasse nach Spitaltarif ist demgegenüber entscheidend, ob der Patient nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf

(Art. 49 Abs. 4 KVG). Vor diesem Hintergrund kann der Umstand, dass eine Massnahme nach Art. 59 StGB noch notwendig ist, nicht automatisch dazu führen, dass die Krankenkasse die Kosten zum Spitaltarif zu tragen hat. Von dieser gesetzlich vorgesehenen Regelung der Kostenübernahme zu Lasten der Krankenversicherung kann auch nicht aus pragmatischen Gründen und auf vertraglicher Basis abgewichen werden.

Die Auffassung der spezifischen Kostenverteilung entspricht auch den gesetzlichen Grundlagen, wonach die Kantone die Kosten des Straf- und Massnahmen vollzugs tragen (Art. 380 Abs. 1 StGB). Von dieser Regelung betroffen sind justizspezifische Leistungen wie etwa die Kosten für die notwendigen baulichen und betrieblichen Massnahmen zur Sicherung und Bewachung von flucht- und/

oder gemeingefährlichen Patientinnen und Patienten, die Kosten für die Durchführung kriminalpräventiver Gruppenangebote, die Kosten für die Durchführung regelmässiger interdisziplinärer Standortbestimmungen unter Einbeziehung der einweisenden Behörde zur Überprüfung des jeweiligen Behandlungsverlaufs mit Fokus auf die deliktorientierten Behandlungsziele oder die Kosten für die Erstellung von Behandlungsberichten mit legalprognostischen Aussagen . Die Kosten für die medizinisch gebotene

Behandlung einer psychischen Störung oder Suchterkrankung können dagegen vom Leistungsträger

zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden.

Die Kosten zulasten des Justizvollzugs berechnen sich damit aus den Vollkosten der therapeutischen Massnahme

abzüglich der Kostenbeiträge aus der OKP

(Frey Erika Diane, Der Leistungsvertrag und dessen Anwendung auf dem Gebiet des Straf- und Massnahmenvollzugs, Zürich/Basel/Genf 2019 , S. 24 7 f. ) .

Diese Grundsätze der Kostenaufteilung zwischen Kanton und Krankenkasse sind auch vorliegend zu beachten, sobald keine Akutspitalbedürftigkeit und auch keine Langzeitpflege besteht.

### **E. 2.2**

Zum Leistungsbereich gemäss Art. 25-31 KVG gehören nach Art. 25 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer

Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (lit. a), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d) und den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (lit. e). Spitäler sind in Art. 39 Abs. 1 Ingress KVG definiert als Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen; sie sind zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, die in Art. 39 Abs. 1 lit. a-f KVG aufgelistet sind.

### **E. 2.3**

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien nach der Regelung in Art. 49 Abs. 1 KVG Pauschalen, die in der Regel als Fallpauschalen ausgestaltet und leistungsbezogen sind und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen basieren (Art. 49 Abs. 1 KVG).

Ferner leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Dabei vergütet der Versicherer bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) nach Art. 50 Satz 1 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege. Der vergütete Betrag für diese Leistungen ist bei ambulanter Pflege in Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV

und bei der Pflege in einem Pflegeheim in Art. 7a Abs. 3 KLV festgelegt. Diese letztere Bestimmung sieht für den relevanten Zeitraum vom 1. Juli 2015 bis zum Austritt des Beigeladenen aus der stationären Behandlung im Psychiatricentrum C.\_\_\_\_

am 22. August 2017 (vgl. Urk. 43/103 S. 1)

nach einem zwölfstufigen System je nach Zeitbedarf die Übernahme eines täglichen Betrags in der Höhe zwischen Fr. 9.-- und Fr. 108.-- vor.

### **E. 4**

In Art. 32 Abs. 1 KVG wird als generelle Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt, dass die Leistungen nach Art. 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 kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 f. E. 3a+b mit Hinweisen).

Bei der Frage nach der Leistungspflicht für einen stationären Spitalaufenthalt ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in Art. 49 Abs. 4 KVG konkretisiert. Nach Satz 1 dieser Bestimmung richtet sich die Vergütung bei Spitalaufenthalten nach dem Spitaltarif nach Art. 49 Abs. 1 KVG, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, mithin spitalbedürftig ist. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt nach Art. 49

Abs. 4 Satz 2 KVG für den Spital auf enthält der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung. Demgemäss hat die Krankenkasse nicht dafür einzustehen, wenn eine versicherte Person trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit weiterhin in einer Heilanstalt untergebracht ist, weil zum Beispiel kein Platz in einem geeigneten und für die versicherte Person genügenden Pflegeheim (ohne Spitalcharakter) vorhanden ist und mithin der Spitalaufenthalt nur noch auf sozialen Überlegungen beruht (BGE 125 V 177 E. 1b, 124 V 362 E. 1b, je mit Hinweis auf BGE 115 V 38 E. 3b / aa ). 2.

## **E. 5**

Nach Art. 59 StGB kann das Gericht im Falle eines psychisch schwer gestörten Täters eine stationäre Behandlung anordnen, wenn a. der Täter ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat, das mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang steht und 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 Massnahmenvollzugseinrichtung (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).

Rechtsprechungsgemäss richtet sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers auch dort nach den krankenversicherungsrechtlichen Grundsätzen, wo sich eine versicherte Person zum Vollzug einer stationären therapeutischen Massnahme des Strafrechts in einer psychiatrischen Einrichtung aufhält, die als Heilanstalt im Sinne des Krankenversicherungsrechts zu qualifizieren ist. Bei gegebener Spitalbedürftigkeit kann die Leistungspflicht des Krankenversicherers in einem solchen Fall also nicht deshalb verneint werden, weil sich die psychische Gesundheitschädigung in einer Fremdgefährdung äussert und die Behandlung darauf ausgerichtet ist, diese Gefährdung zu reduzieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts K 142/04 vom 23. Mai 2006 E. 5.4). 2.

### **E. 5.1**

Zum Vollzugsziel einer stationären Massnahme im Sinne von Art. 59 StGB ist anzumerken, dass nicht eine Heilung der psychischen Störung im Vordergrund steht, sondern die

Deliktprävention, die Verbesserung der Legalprognose durch eine Behandlung. Nur soweit sich die diagnostizierte Störung im strafbaren Verhalten und in der Gefahr ihrer Wiederholung manifestiert, kann sich das Ziel der therapeutischen Massnahme - die Reduktion des Rückfallrisikos - verwirklichen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes interessiert das Strafrecht grundsätzlich nur insoweit, wie sie der Deliktprävention - der Verhinderung von Straftaten und der Wiedereingliederung des Täters - dient (BGE 146 IV 1). Der Täter ist

zu befähigen, mit seiner Störung sozialverträglich umzugehen und es ist die Behandlung zu wählen, mit der dieses Ziel bestmöglich erreicht werden kann. Es werden also

die Verminderung des Rückfallrisikos und die (schrittweise) Wiedereingliederung der eingewiesenen Person

angestrebt

( vgl. BGE 137 V 154 E. 4.3; Ziff.

## **E. 5.2**

Das Bezirksgericht Dietikon stützte sich beim Erlass seines Urteils vom 20. August 2013, worin es für den Beigeladenen unter anderem eine stationäre therapeutische Massnahme im Sinne von Art. 59 StGB anordnete (Urk. 43/32 S. 38), in erster Linie auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.5; vgl. Urk. 43/32). Deren Experten erachteten eine stationäre Behandlung des Beigeladenen als indiziert.

Bei diagnostizierter paranoider Schizophrenie, episodisch mit zunehmendem Residuum (ICD-10 F20.01), polytroper Substanzabhängigkeit (ICD-10 F19.2), damals substituiert mit Methadon, sowie einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und antisozialen Zügen wurden neben dem Krankheitsgeschehen auch Kriterien aufgezeigt, welche sich ungünstig auf die Legalprognose auswirkten, so

die Vorgeschichte des Beigeladenen mit der sozial desintegrierten Lebensführung und die damals fehlende Krankheitseinsicht (Urk. 43/3 S. 44).

Im Gutachten wurde ausgeführt, angesichts des chronischen Krankheitsverlaufs, der starken Defizite sowie der bisher gescheiterten Behandlungen müsse eine anti-psychotische Behandlung

respektive psychopharmakologische

Therapie langfristig und auch stationär angelegt werden. Damit lasse sich die Gefahr neuerlicher Straftaten deutlich reduzieren. Eine Besserung der Kriminalprognose durch eine ambulante Massnahme sei hingegen aus psychiatrischer Sicht nicht realistisch. Aufgrund des Schweregrades der Erkrankung könne die Behandlung auch vollzugsbegleitend nicht sinnvoll durchgeführt werden (Urk. 43/3 S. 52-55 und S. 57). Es bestehe ein langfristiger und letztlich nur unter hochstrukturierten Bedingungen umsetzbarer Behandlungsbedarf, um den über Jahre hinweg äusserst ungünstigen Krankheitsverlauf günstig beeinflussen zu können (Urk. 43/3 S. 51).

Letzteres gilt unabhängig von der Exaktheit der gestellten Diagnosen und vermochte für die erste Zeit nach Massnahmenbeginn eine Akutspitalbedürftigkeit ohne Zweifel zu begründen.

Obwohl - namentlich aus kriminalprognostischer Sicht - im Gutachten vom 31. Mai 2012 eine langfristige Therapie für notwendig gehalten wurde, lässt sich gestützt darauf für die Zeit ab Juli 2015 keine Akutspitalbedürftigkeit mehr begründen. Denn alleine ein weiterhin gegebener Therapiebedarf reicht hierfür nicht aus. Hinzu kommt, dass das Gutachten bei der Ablehnung des Verlängerungsgesuchs im April 2015 (Urk. 9/11) bereits beinahe drei Jahre alt war und nach mehr als zweijähriger stationärer Massnahme nicht von einem unveränderten Zustand des Gesundheitszustands des Beigeladenen ausgegangen werden konnte.

Auch die Rechtsprechung, wonach der Sozialversicherungsrichter im Interesse der Rechtssicherheit nicht ohne Not von einem vorgängigen Entscheid des Strafrichters abweichen sollte (RKUV 1986 Nr. K 680 S. 232 E. 2.b mit Hinweis auf BGE 107 V 103), spielt nach dem Gesagten für die Zeit ab Juli 2015 keine Rolle mehr.

Folglich lassen das Strafurteil respektive das Gutachten - zumindest für sich alleine - nicht den Schluss zu, dass ab Juli 2015 weiterhin Spitalbedürftigkeit bestand.

## **E. 5.3**

Die Vorschrift von Art. 49 Abs. 4 KVG verlangt für die Bestimmung des massgebenden Leistungstarifs die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit oder Rehabilitationsbedürftigkeit im Spitalmilieu einerseits und Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege (Art. 35 Abs. 2 lit. k KVG; Art. 39 Abs. 3 KVG) andererseits. Man kann für die Unterscheidung auch das Begriffspaar von Behandlungs- und Pflegefall verwenden oder von Langzeitpatienten oder Langzeitpflege sprechen (Eugster KVG, a.a.O., Art. 49 Rz 58; Eugster

SBVR, a.a.O., S. 543 Rz 450). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Langzeitpflegebedürftigkeit erreicht ist, wenn von einer weiteren Behandlung keine wesentliche Verbesserung der Gesundheit mehr erwartet werden darf

(Eugster

KVG, a.a.O., Art. 49 Rz 60 mit Hinweisen).

Dies war vorliegend im Frühjahr 2015 der Fall, zumal die Positivsymptomatik – wie erwähnt – im März 2015 bereits weitestgehend remittiert war (Urk. 9/10 S. 1).

Im Behandlungsplan vom 26. Februar 2015 wurden denn selbst bei den kurzfristigen Zielen vor allem solche stabilisierender Art festgehalten, nämlich die Krankheits- und Behandlungsakzeptanz weiter fördern, eine Medikamentenoptimierung, die Alltagsbelastbarkeit steigern, Motivation zur Eigeninitiative fördern, eine Dishabituation der Angstreaktionen und Reservemedikation in sozialen Situationen (Urk. 43/39 S. 11). In medizinischer Hinsicht wurden keine neuen Therapien vorgesehen, es wurde an der stufenweisen Reduktion der Reservemedikation, an der Medikamentenedukation und der Medikamentenoptimierung sowie an Strategien zur Überwindung der sozialen Ängste gearbeitet (Urk. 43/39 S. 12).

Zum Krankheitsbild einer chronifizierten Schizophrenie ist festzustellen, dass dieses selbst in fortgeschrittenem Stadium für sich allein nicht zu Akutspitalbedürftigkeit führt. Das gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass eine regelmässige Überwachung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung oder zwecks Medikamenteneinnahme notwendig ist, da solche Massnahmen auch in Pflegeheimen erbracht werden können (Urteil des Bundesgerichts K 20/06 vom 20. Oktober 2006 E. 3.1 mit Hinweisen). Spitalbedürftigkeit liegt demgegenüber vor, wenn die versicherte Person an einer Krankheit leidet und die Akutbehandlung, die Überwachung des Gesundheitszustandes oder die medizinische Rehabilitation notwendigerweise unter Spitalbedingungen erfolgen müssen (Eugster SBVR, a.a.O., S. 542 Rz 444).

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Beigeladene während des Ausprobierens, welche Medikamente sich wie auf ihn auswirken, akutspitalbedürftig war. Denn hierzu musste er laufend intensiv und engmaschig beobachtet und es musste immer wieder aktiv eingegriffen werden. So erfolgte laut dem Kostengutsprachege such vom 17. Mai 2013 eine Umstellung auf Clozapin (Clopin Eco), nachdem Olanzapin (Zyprexa) nicht die gewünschte Wirkung gezeigt hatte (Urk. 9/3 S. 1). Im folgenden Verlängerungsgesuch vom 9. Juli 2013 strebt man weiterhin eine Verbesserung der Medikamenteneinstellung an, da die gewünschte antipsychotische Wirkung beim Beigeladenen noch nicht vollständig eingetreten war (Urk. 9/4 S. 1-2) – auch am 26.

November 2013 noch nicht (Urk. 9/5 S. 1). Es folgten daher weitere Veränderungen in der Medikation (Urk. 9/6 S. 1, Urk. 9/7 S. 1), wobei die psychotischen Symptome erst nach Beginn einer Kombinationstherapie mit Haloperidol (Haldol) und Clozapin (Leponex) ungefähr ab August 2014 rückläufig waren (Urk. 9/8 S. 1).

Am 27. Januar 2015 wurde dann berichtet, dass sich der Beigeladene in einem psychopathologisch gebesserten Zustand befindet und Clozapin seit Kurzem stufenweise reduziert werde. Aufgrund von Angstzuständen habe man parallel mit der Gabe von Pregabalin (Lyrica) begonnen (Urk. 9/9 S. 2). Im darauffolgenden Gesuch vom 2. März 2015 finden sich dieselben Medikamente wie am 27. Januar 2015 in der Medikamentenliste, indes Clozapin und Haloperidol in geringerer Dosis (Urk. 9/10 S. 2, Urk. 9/9 S. 2). Weiter wurde festgestellt, dass eine wirksame und verträgliche Medikation etabliert werden konnte, so dass davon ausgegangen werden kann, dass das Finden der passenden Medikation vorab kein Thema mehr war, vielmehr ging es noch um eine langsame Reduktion der Medikation, auch der Reservemedikation (Urk. 9/10 S. 2).

Hierfür ist jedoch auch ein anderes als das stationäre Setting im Akutspital möglich.

### **E. 5.3.2**

Laut dem Konzept der Forensischen Psychiatrie der B.\_\_\_\_ ist das Behandlungsziel bei gerichtlich angeordneten stationären Massnahmen die Deliktsfreiheit mit entsprechender Resozialisierung. Nach der initialen diagnostischen und kriminalprognostischen Abklärung und Akutbehandlung erfolgt die Verlegung auf eine der drei geschlossenen Massnahmestationen. Eine offene Massnahmestation dient der Entlassungsvorbereitung.

Dass der Beigeladene vom Sicherheitsbereich auf eine geschlossene Massnahmestation wechseln konnte, ist demnach ein Hinweis darauf, dass keine Akutbehandlung mehr erforderlich war.

Der Beigeladene hielt sich anschliessend, insbesondere im zu beurteilenden Zeitraum ab 1. Juli 2015, weiterhin im Rahmen eines stationären Massnahmenvollzugs im Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ auf. Aus krankensicherungsrechtlicher Sicht ist indes nicht massgebend, an welchem Ort die Behandlung erfolgt, da sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers danach richtet, in welche Abteilung die versicherte Person aus medizinischer Sicht gehört (BGE 124 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Dass der Beigeladene sich tatsächlich weiterhin in einem Spital aufgehalten hat, reicht für sich allein nicht aus für den Anspruch auf Leistungen für stationäre Behandlung (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, S. 541 Rz 444 [nachfolgend zit. Eugster

SBVR]). Verbleibt die versicherte Person trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit im Akutspital, kann sie, wenn sie weiterhin einer stationären Versorgung bedarf, nur die Pflegeheimleistungen erhalten. Die Dauer anerkannter Spitalbedürftigkeit darf nicht zum Voraus fix begrenzt werden. Sie kann und soll aber prospektiv oder während des Spitalaufenthalts laufend kontrolliert werden (Eugster

SBVR, a.a.O., S. 543 Rz 449 mit Hinweisen).

Demnach besteht kein Anspruch auf Ersatz der Spitalkosten, wenn die notwendige Behandlung und Betreuung auch von einer Pflegeabteilung oder in einem anderen

stationären Setting als in einem Akutspital hätte erbracht werden können.

#### **E. 5.3.4**

Das Verlängerungsgesuch vom 2. März 2015 wurde im Wesentlichen mit der Rückfall s gefahr begründet. So wurde angeführt, eine vorzeitige Entlassung wäre mit einem hohen Risiko für eine erneute Exazerbation der Erkrankung verbunden (Urk. 9/10 S. 2). Auch wenn der Gesundheitszustand Schwankungen unterworfen ist, gelten für psychiatrische Dauerpatienten prinzipiell die Regeln für Pflege heim patienten, sofern nicht vorübergehende Verschlimmerungen des Leidens wieder eine Akutspitalbedürftigkeit bewirken (Urteil des Bundesgerichts K 20/06 vom 20. Oktober 2006 E. 3.1 mit Hinweis). Auch die als Grund angegebene , noch nicht erfolgte längere Beobachtungsphase, um die Stabilität bisheriger erreichter Erfolge zu testen (Urk. 9/12 S. 1) , vermag - ähnlich wie eine Lockerungser pro bung - keine Spitalbedürftigkeit zu begründen (vgl. Urteil des Sozialversiche rungsgesericht s des Kantons Zürich

im Verfahren KV.2013.00101 vom 1. Juni 2015 E. 4.3). In diesem Sinne beantragten die Fachpersonen der B.\_\_\_\_

am 26. März 2015 sowie am 25. September 2015 weitere Ausgangsstufen ( zuletzt auch unbegleiteten Ausgang), unter anderem um dem Beigeladenen die Gelegenheit zu geben, sich unter Vollzugslockerungen zu bewähren ( Urk. 43/38 und Urk. 43/55).

#### **E. 5.3.5**

Soweit am 16. April 2015 für die kommenden Monate noch eine Verbesserung im Sinne des Erreichens wesentlicher Meilensteine der Rezidivprophylaxe in Aus sicht gestellt wurde (Urk. 9/12 S. 2), kann gestützt darauf nicht v on der Aussicht auf eine namhafte Besserung gesprochen werden. Schon gar nicht für die Zeit ab Juli 2015, zumal zu diesem Zeitpunkt (16. April 2015) noch mehr als zwei Monate zum Erreichen dieser Verbesserung verblieben waren . Gemäss der bundesge richt lichen Praxis begründet eine gewisse Chance auf Besserung respektive auf eine positive Entwicklung in nur gemässiger Form im Rahmen eines chronischen Krankheitsverlaufs keine Akutspitalbedürftigkeit. Die Aussichten auf eine Ver besserung des Zustandes müssen vielmehr konkret und von einer gewissen Erheb lichkeit sein ( vgl. Urteil des Sozialversicherungsgesericht s des Kantons Zürich

im Verfahren KV.2008.00060 vom 30. März 2010 E. 4.4).

#### **E. 5.3.6**

Ferner wurden im Verlängerungsgesuch weiterhin deutliche Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung genannt (Urk. 9/10 S. 1). In diesem Sinne wurden als längerfristige therapeutische Ziele die Förderung sozialer und praktischer Kompe tenzen sowie der Umgang mit anhaltenden Defiziten im Zusammenhang mit der Krankheits- und Behandlungseinsicht genannt (Urk. 9/10 S. 2).

Massnahmen, die der Überwachung und Unterstützung psychisch Kranker bei der Alltagsbewältigung dienen und nicht Psychotherapie, allgemeine Lebensberatung oder Sachhilfe darstellen , zählen zur p sychiatrische n Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV und diese wiederum zum Abschnitt «Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim» (vgl. Art. 7 Abs. 2 ter KLV) . Aufgezählt werden in dieser Bestimmung namentlich die Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, ein zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, eine Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicher heitsmassnahmen. Zur

Alltagsbewältigung gehört demnach auch eine minimale Fähigkeit zur Kommunikation und Kontaktnahme mit der Umwelt. Ziel ist die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen (Eugster KVG, a.a.O., Art. 25a Rz 14).

Nach dem Gesagten sind diese (neben der Deliktprävention) angestrebten therapeutischen Ziele vorwiegend der psychiatrischen Grundpflege und damit nicht der Behandlungsbedürftigkeit in einem Akutspital zuzuordnen. Leistungen zum Beispiel zur Regulierung des sozialen Verhaltens sind denn auch im BESA Leistungskatalog enthalten.

Im Behandlungsprogramm des Beigeladenen fanden sich im März 2015 neben der Pharmakotherapie regelmässige Einzelgespräche mit der fallführenden Psychologin, Oberarzt-Visiten sowie pflegerische Milieuthherapie und Spezialtherapien im Einzel- und Gruppensetting wie Integration in die Arbeitstherapie und Teilnahme an Stationsversammlungen (Urk. 9/10 S. 2, Urk. 43/47 S. 3). Laut dem Bericht über die Behandlungsplankonferenz (BPK) vom 27. August 2015 fanden die genannten Therapiespräche mit der fallführenden Therapeutin wöchentlich statt (Urk. 43/50 S. 9). In der Arbeitsagodik war er ab dem 3. November 2014 angemeldet (Urk. 43/39 S. 9, Urk. 43/76 S. 10). Von September 2015 bis Februar 2016 nahm er zudem am metakognitiven Therapieprogramm teil (Urk. 43/82 S. 4), wobei es sich um eine Gruppenpsychotherapie handelt.

(Urk. 43/50 S. 13). Hier nach startete er die nächste Gruppentherapie erst am 12. April 2017 (Urk. 43/97 S. 17).

Die genaue Intensität der gesamten Behandlung ist nicht bekannt, wobei mangels Objektivität nicht auf die Angabe des Beigeladenen vom 17. Juni 2015 abgestellt werden kann, wonach es extrem langweilig sei auf der Abteilung, zu wenig Aktivitäten und Themen in der Therapie gebe (Urk. 43/45).

Die genannten Aktivitäten stellen keine medizinischen Massnahmen dar, welche nur in einem Akutspital angeboten werden können, sondern bilden ebenfalls Bestandteil des in Pflegeheimen oder in Massnahmenvollzugsanstalten

vorhandenen Angebots. Auch Pflegeheime haben gemäss gesetzlichem Auftrag (Art. 39 Abs. 1 [namentlich lit. a und b] in Verbindung mit Abs. 3 KVG) über qualifiziertes Personal zu verfügen sowie ausreichende ärztliche Betreuung zu gewährleisten. Es ist nicht dargetan, dass und aus welchen Gründen dies vorliegend nicht möglich sein sollte. Mithin lässt sich auch aufgrund der dem Beigeladenen angebotenen Therapien keine Akutspitalbedürftigkeit ableiten.

Aus medizinischen Gründen ist denn auch keine permanente Überwachungsbedürftigkeit ersichtlich. Insofern sich eine solche aus dem strafrechtlichen Massnahmenvollzug ergibt, hat sie für die Frage nach der Akutspitalbedürftigkeit im krankensicherungsrechtlichen Sinne unbeachtet zu bleiben (vgl. auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KV.2008.00062 vom 13. Juli 2009 E. 3.4).

### **E. 5.3.7**

Im Verlauf bis zum Ende der stationären Massnahme in der B.\_\_\_\_ am 22. August 2017 (vgl. Urk. 43/123 S. 1) kam es laut Bericht vom 18. Juli 2017 noch zu etlichen Fortschritten, unter anderem zu einer nun vollständigen Remission der produktiv-psychotischen Symptomatik (Urk. 43/102 S. 4). Daraus, dass es zu einer weiteren Verbesserung

gekommen ist, lässt sich eine nicht gegebene Spitalbedürftigkeit indes nicht im Nachhinein begründen, denn der Heilungserfolg einer stationären Behandlung rechtfertigt für sich allein grundsätzlich keine nachträgliche Bejahung von Spitalbedürftigkeit (Eugster SBVR, a.a.O., S. 543 Rz 448).

### **E. 5.3.8**

Nach dem Gesagten stand im relevanten Zeitraum keine konkrete wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beigeladenen mehr in Aussicht, sondern vor allem eine Stabilisierung zwecks Verbesserung der Legalprognose. Dies gehört zu den Aufgaben des Strafvollzugs, welche insbesondere auch in den Massnahmenzentren ausgeübt werden, welche nicht auf der Spitalliste figurieren.

Dies hat zur Folge, dass spätestens ab Juni 2015 aus medizinisch-krankenversicherungsrrechtlicher Sicht nicht mehr von einer Akutspitalbedürftigkeit auszugehen ist, was nach einer angemessenen Übergangszeit (vgl. Eugster KVG, a.a.O., Art. 49 Rz 60; BGE 115 V 38 E. 3d sowie vorstehende E. 2.6)

ab Anfang Juli 2015 berücksichtigt werden durfte.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde in diesem Punkt 6.

### **E. 6**

Der Anspruch auf stationäre Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG erfordert einen behandlungsbedürftigen Gesundheitsschaden, einen Aufenthalt in einem Spital und Spitalbedürftigkeit. Eine Person ist spitalbedürftig, wenn die Behandlung wegen apparativen und personellen Anforderungen notwendigerweise in einem Spital zu erfolgen hat. Sie kann es aber auch sein, wenn nach erfolgloser ambulanter Behandlung nur noch eine Hospitalisation Erfolg verspricht; die ambulanten Therapiemöglichkeiten müssen erschöpft sein (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, Zürich 2018, Art. 25 Rz 66 mit Hinweisen

[nachfolgend zit. Eugster

KVG]).

Spitalbedürftigkeit kann sodann gegeben sein, wenn die Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände im Spital durchgeführt werden muss, andernfalls die medizinische Versorgung nicht gewährleistet wäre, auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zuhause oder in einem Kurhaus (Eugster KVG, a.a.O., Art. 25 Rz 67 mit Hinweisen). Von solchen besonderen Umständen abgesehen, müssen die altrechtlichen Formulierungen, wonach die Intensität der notwendigen ärztlichen Behandlung nicht alleiniges Entscheidungskriterium dafür bilde, ob ihr Zustand eine Hospitalisierung rechtfertige, unter dem KVG als überholt betrachtet werden. Das Gleiche gilt für die in BGE 115 V 38 E. 3b / aa angeführte Aussage, Spitalbedürftigkeit könne auch gegeben sein, wenn der Krankheitszustand eines Versicherten nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordere, weil Spitäler nach Art. 39 Abs. 1 KVG entweder Akutspitäler oder Rehabilitationskliniken für die medizinische Rehabilitation nach einer Akuterkrankung sind

(Eugster KVG, a.a.O., Art. 25 Rz 68 mit Hinweisen, S. 162). 2.

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt der Eventualantrag des Beschwerdeführers, es sei für den Spitalaufenthalt des Beigeladenen der Pflegebeitrag im Rahmen der Pflegetaxen nach Art. 7a KLV für die ambulanten Behandlungen und Pflegeleistungen zu überprüfen und (höher) festzulegen (Urk. 1 S. 1 und S. 10).

Der Beigeladene hat sich zu diesem Punkt nicht geäußert (Urk. 36).

Die Übernahme der Medikamente nach der Spezialitätenliste (Urk. 9/19 S. 2) ist nicht strittig.

### **E. 6.2.1**

Die Pflegeleistungen, die bei Krankheit ausserhalb einer Akutspitalbedürftigkeit in einem Spital bzw. Pflegeheim im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. b KVV und mit Art. 7 und 7a Abs. 3 KLV (in der bis Ende 2019 in Kraft gewesenen Fassung) erbracht werden, sind im kantonal geregelten Verfahren zu erfassen (BGE 145 V 380 E.

3.3). Dazu gehören somit auch die Vergütungen für stationäre psychiatrische Dauerpatienten, die den Vergütungen der Pflegeheimpatienten gleichgestellt

sind (vgl. Eugster

SBVR, a.a.O., S. 544 R z 452). Die

von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bezahlenden Leistungskategorien befinden sich abschliessend in Art. 7

Abs. 2 KLV. Grundlage bilden dabei die Bedarfsabklärung und der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung (Art. 8 Abs. 1 bis 3 KLV, in der bis Ende 2019 in Kraft gewesenen Fassung). Der von ärztlicher Seite bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag (Art. 8 Abs. 4 KLV, in der bis Ende 2019 in Kraft gewesenen Fassung). In den Pflegeheimen erfolgt die Bedarfsabklärung durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2 KLV, in der bis Ende 2019 in Kraft gewesenen Fassung).

Diese Grundlagen der Kostenübernahme zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung sind auch im vorliegenden Fall und im Rahmen des angeordneten strafrechtlichen Massnahmenvollzuges anzuwenden.

### **E. 6.2.2**

In der Verfügung vom 28. Februar 2017 wurde die Einstufung des Beigeladenen nach Art. 7a Abs. 3 lit. a KLV (in der bis Ende 2019 in Kraft gewesenen Fassung) und damit nach einem Pflegebedarf bis 20 Minuten (Fr. 9.--) vorgenommen, so dann wurde eine ärztliche Sitzung pro Woche für Gespräche und Medikamentenkontrolle nach TARMED übernommen (Urk. 9/19). Dies war erfolgt, ohne Berücksichtigung einer Pflegedokumentation, die von der Beschwerdegegnerin seitens der B.\_\_\_\_

im Vorfeld zwar eingefordert, von dieser jedoch gemäss der eingereichten Korrespondenz nicht geliefert worden war (Urk. 9/16, Urk. 9/17, Urk. 9/18), sodass sich die Verfügung einzig auf die damals verfügbar gewesenen Akten stützte. Wie in der Einsprache des Beschwerdeführers vom 31. März 2017 festgehalten wurde, war die Patientendokumentation der Beschwerdegegnerin

erst am 16. März 2017 von der B.\_\_\_\_ geschickt worden (Urk. 9/23 S. 3 f.). In einem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 11. April 2017 an den Vertreter des Beigeladenen

wurde versichert, diese Unterlagen seien beim Vertrauensärztlichen Dienst und seien dort unter Verschluss und würden nicht berücksichtigt/und oder bearbeitet (Urk. 9/24). Im Einspracheentscheid vom 10. April 2018, der die Verfügung gänzlich bestätigte,

wurden diese Unterlagen vom 16. März 2017 aus drücklich nicht berücksichtigt mit dem Hinweis darauf, dass dies aus datenschutzrechtlichen Gründen geschehe (Urk. 2 S. 8).

### **E. 6.2.3**

Die Krankenversicherer gelten als Bundesorgane im Sinne von Art. 2 Abs. 1 lit. b und Art. 3 lit. h des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und dürfen gemäss Art. 17 Abs. 1 DSG Personendaten bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht. Besonders schützenswerte Personendaten, wozu namentlich Daten über die Gesundheit gehören (Art. 3 lit. c Ziff. 2 DSG), und Persönlichkeitsprofile dürfen sie nur unter einschränkenden Voraussetzungen bearbeiten, namentlich wenn ein formelles Gesetz es ausdrücklich vorsieht (Art. 17 Abs. 2 DSG).

Art. 84 und 84a KVG

bilden eine eigenständige Regelung des Datenschutzes in der Krankenversicherung. Nach Art. 84 KVG sind die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe, wozu auch die Krankenversicherer gehören, befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich unter anderem um Leistungsansprüche zu beurteilen (lit. c). Die Bearbeitung von Personendaten muss sich auf das beschränken, was zur Erfüllung der Aufgaben nötig ist; besondere Bestimmungen, wie etwa Art. 42 KVG, haben Vorrang vor der allgemeinen Regelung. Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (d.h. im System des Tiers payant dem Versicherer) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen (Satz 1) und ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Satz 2). Nach Art. 42 Abs. 4 KVG kann der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

Art. 42 Abs. 3 und 4 sowie Art. 84 und 84a KVG stellen eine formellgesetzliche Grundlage im Sinne von Art. 17 Abs. 2 DSG dar (BGE 133 V

359 E. 6.4 mit Hinweisen, 131 II 413 E. 2.3).

Ist eine Datenbearbeitung nach diesen Bestimmungen rechtmässig, besteht kein Raum, sie gestützt auf das Datenschutzgesetz als unrechtmässig zu erklären (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 23/00 vom 8. April 2002 E. 7b).

### **E. 6.2.4**

Das im Rahmen des Einspracheverfahrens dem Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin zugekommene Patientendossier mit der Pflegedokumentation wurde von der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung der konkret zu übernehmenden Pflegekosten und der ärztlich angeordneten Behandlungen zu Unrecht nicht berücksichtigt. Denn gemäss den dargestellten gesetzlichen Grundlagen war sie als bundesrechtliches,

mit der Durchführung des KVG betrautes Organ befugt und verpflichtet, sich für die Ermittlung und schliesslich die Begründung der Kosten folgendes Aufenthalts des

Beigeladenen in der Klinik für die obligatorische Krankenversicherung ein genaues Bild über den Pflegebedarf, die ärztlichen Anordnungen und Therapien und die Medikamente zu machen, was sie unterlassen hat. Ein Aktenentscheid gestützt auf die unvollständigen Grundlagen war nicht angezeigt. Damit ist ihr Entscheid zu diesem Punkt in der Verfügung bzw. im Einspracheentscheid jedoch nicht nachvollziehbar. Die Sache ist zur Abklärung und Neuverfügung über die Pflegekosten und die ambulanten ärztlichen Behandlungen zurückzuweisen. Ob dafür die bereits bei ihr bzw. dem Vertrauensarzt vorhandenen Patientenakten ausreichen oder ob zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur vom Leistungserbringer notwendig sind (Art. 42 Abs. 4 KVG), wird zu entscheiden sein; in diesem Sinne kann im jetzigen Zeitpunkt auf den Bezug der vollständigen Patientenakten der B.\_\_\_\_

betreffend den Beigeladenen, wie sie die Beschwerdegegnerin (Urk. 8) beantragt hat, verzichtet werden. In diesem Punkt ist die Beschwerde begründet.

### **E. 6.3**

Abschliessend ist damit die Beschwerde gesamthaft gesehen teilweise gutzuheissen.

7.

### **E. 7**

4.7.1

Die Fachpersonen des Psychiazentrums C.\_\_\_\_ führten in ihrem Gesuch um Kostengutsprache vom 17. Mai 2013

aus, im Verlauf der Behandlung habe sich herausgestellt, dass die Medikation mit Olanzapin (Zyprexa) nicht die gewünschte antipsychotische Wirkung gebracht habe. Der Beigeladene habe nach wie vor unter psychotischen Erlebnisinhalten (flüchtigen optischen Halluzinationen, Wahnstimmung etc.), ungeklärten sozialen Ängsten (vor allem Bewertungsangst), innerlicher Anspannung, Suchtdruck und Antriebslosigkeit gelitten. Es sei besprochen worden, ihn auf Clozapin (Clopin Eco) einzustellen. Das vordringliche Ziel sei die Reduktion der produktiv-psychotischen Symptomatik. Hingegen werde die teilweise

missbräuchliche Einnahme von Zolpidem bis zur weiteren Stabilisierung der Psychopathologie eine nachgeordnete Rolle spielen. Die Symptome beeinträchtigten die Alltagsbewältigung des Beigeladenen nach wie vor deutlich (Urk. 9/3 S. 1). Krankheits- und Behandlungscompliance seien nach wie vor ungenügend entwickelt, sodass der Beigeladene gegenwärtig nur im stationären Setting zur Aufrechterhaltung der dringend indizierten Medikamenten- und Therapiecompliance in der Lage sei. Sein Behandlungsprogramm zielle auf die Erarbeitung und Einhaltung eines Alltags, auf eine bessere Belastbarkeit in der Alltagsbewältigung und eine erhöhte Selbstwahrnehmung ab. Wichtige Teilziele wie die stärkere Partizipation am Stationsalltag, das Herstellen eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und das Finden einer wirksamen und verträglichen Medikation hätten erreicht werden können (Urk. 9/3 S. 2).

Im Verlängerungsgesuch vom 9. Juli 2013 hielten die Fachpersonen des Psychiazentrums C.\_\_\_\_ fest, nach der Umstellung von Olanzapin auf Clozapin sei die erwünschte antipsychotische Wirkung noch nicht vollständig eingetreten (Urk. 9/4 S. 1). Hinsichtlich der Medikation sei eine deutliche Verbesserung hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit gegenüber den zuvor eingesetzten Medikamenten zu konstatieren,

allerdings sei eine weitere Verbesserung anzu streben (Urk. 9/ 4 S. 2). Auch am 26. November 2013 berichteten sie über ein Persistieren psychotischer Erlebnis-inhalte und gaben an, neu seien nosologisch

(zur systematischen Krankheitslehre gehörend) nicht eindeutig zu klärende «Panik attacken» hinzuge kommen (Urk. 9/ 5 S. 1). Objektiv betrachtet unterliege die Psychopathologie des Beigeladenen nach wie vor starken Schwankungen, die jedoch häufig nur mittelbar zu fassen seien, da der Beigeladene dazu neige, eine möglichst gesund wirkende Fassade aufrecht zu erhalten (Urk. 9/ 5 S. 1-2). Das Finden einer wirksamen und verträglichen Medikation habe erreicht werden können beziehungsweise befinde sich in der Verwirklichungsphase (Urk. 9/ 5 S. 2). Trotz zunehmender Problemeinsicht und weitgehend kooperativer Mitarbeit in der Therapie seien die Ressourcen des Beigeladenen weiterhin relativ beschränkt. Eine Weiterbehandlung im Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ sei nach wie vor erforderlich (Urk. 9/ 5 S. 3). Laut den Gesuchen

um Verlängerung der Kostengutsprache vom 10. Dezember 2013 und vom 10. Juni 2014 blieben psychotische Inhalte trotz Veränderungen in der Medikation unverändert (Urk. 9/ 6 S. 1, Urk. 9/7 S. 1 ).

Am 26. August 2014 beschrieben die Fachpersonen des Psychiatriezentrums C.\_\_\_\_ , die psychotischen Symptome (beispielsweise flüchtige optische Halluzinationen, Wahnstimmung) seien in den letzten Wochen allmählich rückläufig . Auch die Neigung des Beigeladenen, eine gesund wirkende Fassade aufrecht zu erhalten, habe abgenommen. Der Beigeladene wirke authentischer und zunehmend offener im Gespräch. Mittlerweile sei ein Übertritt auf eine weniger gesicherte Station im Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ in Planung (Urk. 9/

### **E. 7.1**

Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVG er ).

Bei einer Beteiligung am Verfahren erhalten Beigeladene volle Parteistellung mit Rechten und Pflichten einer Prozesspartei (§ 14 Abs. 2

GSV Ger; vgl. auch BGE 127 V 107 E. 6b). Beigeladene, die mit ihren Anträgen durchdringen, haben bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen Anspruch auf Erstattung ihrer Parteikosten (BGE 109 V 60 E. 4; Leuzinger , Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteientschädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, in: SZS 1991 S. 181). Die Entschädigung für die beigeladene Person ist vom unterliegenden beschwerdegegnerischen Versicherungssträger zu tragen ( Kieser , a.a.O., Art. 61 N 220 ).

### **E. 7.2.1**

Dem durch die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin teilweise obsiegenden beschwerdeführenden Gemeinwesen steht keine Parteientschädigung zu , da es im amtlichen Wirkungskreis tätig wird ( Kieser , Kommentar zum ATSG, 4. A., Art. 61 N 219 ).

### **E. 7.2.2**

Nach dem Wortlaut von Art. 61 lit. g ATSG steht nur der beschwerdeführenden Person eine Parteientschädigung zu (Kieser, a.a.O., Art. 61 N 218); der Beschwerdegegnerin, die sinngemäss eine solche an sich verlangt im obsiegenden Fall (Urk.

8 S. 2), ist daher keine solche zuzusprechen.

### **E. 7.2.3**

Der Beigeladene hat die Abweisung der Beschwerde beantragt (Urk. 36 S. 1) und obsiegt folglich teilweise, indem die Akutspitalbedürftigkeit ab 1. Juli 2015 verneint wird.

Mit Verfügung vom 11. Dezember 2018 (Urk. 29) hat das Gericht dem Beigeladenen die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt. Zugleich hat es den Beigeladenen vor dem Hintergrund des Anfechtungsgegenstands und dass Beschwerdeführer und Beschwerdegegnerin bereits juristische Ausführungen gemacht hatten, darauf aufmerksam gemacht, dass lediglich notwendiger Aufwand entschädigt wird

(Urk. 29 S. 3 E. 4.4).

Nach diesen Grundsätzen ist die Parteientschädigung des Beigeladenen ermessensweise auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der

Beschwerdegegnerin im Umfang des teilweisen Obsiegens des Beigeladenen, mithin zur Hälfte aufzuerlegen; aufgrund der bewilligten unentgeltlichen Rechtsvertretung ist sie direkt dem Rechtsanwalt des Beigeladenen zuzu sprechen.

Soweit der Beigeladene mit seinem Antrag auf vollständige Abweisung der Beschwerde unterliegt, mithin für den Aufwand im Umfang von Fr. 1'250.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), ist sein unentgeltlicher Rechtsvertreter aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

### **E. 7.2.4**

Der Beigeladene wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. April 2018,

soweit er ab 1. Juli 2015 im Rahmen der Pfl egetaxen den Pfl egebeitrag auf Fr. 9.-- festgesetzt und eine ärztliche Sitzung pro Woche für Gespräche und Medikamentenkontrolle nach TARMED zugesprochen hat, aufgehoben wird und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen, damit sie nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen über diese Ansprüche ab 1. Juli 2015 neu befinde. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beigeladenen, Rechtsanwalt Martin Schnyder, Zürich, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'250.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beigeladenen, Rechtsanwalt Martin Schnyder, Zürich, wird mit Fr. 1'250.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse ent

schädigt. Der Beigeladene wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 5.

Der Beschwerdegegnerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 6 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich - INTRAS Kranken-Versicherung AG - Rechtsanwalt Martin Schnyder - Bundesamt für Gesundheit

sowie an: - Gerichtskasse 7 .

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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrWidmer

## **E. 8**

S. 2).

### 4.7.2

Dem Verlängerungsgesuch des Psychiazentrums C.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2015 ist zu entnehmen, die Krankheitseinsicht und Behandlungcompliance hätten zu genommen, seien allerdings nach wie vor verbesserungsfähig, sodass der Beigeladene gegenwärtig nur im stationären Setting zur Aufrechterhaltung der dringend indizierten Medikamenten- und Therapiecompliance in der Lage sei (Urk. 9/9 S. 1). Zurzeit seien die klassischen psychotischen Symptome weitgehend remittiert. Nach seinem Übertritt

von der Sicherheitsstation auf die geschlossene Massnahmestation im September 2014 sei der Beigeladene in einen psychopathologisch gebesserten, aber noch nicht hinreichend stabilen Zustand gekommen. Weiterhin vorhanden seien soziale Ängste, eine suchtartige Einengung auf Medikamente sowie nosologisch nicht eindeutig zu klärende Panikattacken. Wichtige therapeutische Themen seien die Vertiefung der Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Förderung sozialer und praktischer Kompetenzen sowie der Umgang mit anhaltenden Defiziten

(Urk. 9/9 S. 2) .

Auch im Verlängerungsgesuch vom 2. März 2015 gaben die Fachpersonen des Psychiazentrums C.\_\_\_\_ an, der Beigeladene sei in einem psychopathologisch noch nicht hinreichend stabilen Zustand. Die komplexe und schwere psychische Erkrankung beeinträchtige seine Alltagsbewältigung nach wie vor deutlich, sodass er nicht in der Lage sei, alltagsrelevante Tätigkeiten hinreichend durchzuführen, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder sich selbständig zu versorgen. Die Krankheitseinsicht und die

Behandlungcompliance hätten zugenommen, seien allerdings nach wie vor verbesserungsbedürftig. Entsprechende Fortschritte seien gegenwärtig nur im stationären Setting möglich. In jüngster Zeit seien keine produktiv-psychotischen Symptome mehr beobachtbar, sodass von einer weitestgehenden Remission der sogenannten Positivsymptomatik auszugehen sei. Weiterhin vorhanden seien soziale Ängste, diffuse Angstzustände, eine suchartige Einengung auf Medikamente und eine insgesamt noch deutlich reduzierte Belastbarkeit als Folge von residualen Negativsymptomen (Urk. 9/10 S. 1-2).

Im Behandlungsprogramm des Beigeladenen finden neben der Pharmakotherapie regelmässige Einzelgespräche statt, um die verbleibende Symptomatik zu bewältigen. Derzeit werde vorwiegend an einer stufenweisen Exposition in alltagsrelevanten Situationen gearbeitet, um die aufkommenden Angstzustände ohne Einsatz von Reservemedikation überwinden zu können. Die Einbindung in den Stationsalltag und die professionelle Unterstützung bezweckten eine bessere Belastbarkeit im Alltag und die Überwindung der Ängste in sozialen Situationen (Urk. 9/

#### **E. 10**

S. 2). Wie auch im vorangehenden Gesuch wurde festgehalten, der Beigeladene benötige eine langfristige stationäre Behandlung. Sein sozialer Empfangsraum sei unzureichend und eine vorzeitige Entlassung wäre mit einem hohen Risiko für eine erneute Exazerbation der Erkrankung verbunden (Urk. 9/9 S. 2, Urk. 9/10 S. 2).

Am 16. April 2015 führte Dr. D.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_, aus, der Beigeladene habe aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung eine Straftat begangen und sei zur Behandlung dieser Störung ins Zentrum für Stationäre Forensische Therapien eingewiesen worden. Deswegen habe das Behandlungsziel in seinem Falle nicht den

Punkt erreicht, wo die Psychopathologie längere Zeit stabil remittiert bleibe, sondern wenn das Risiko für eine erneute Exazerbation der Psychose, die zukünftige Gefährlichkeit bedeuten würde, ausreichend gebannt erscheine. Daher sei weiter an der Bereitschaft des Beigeladenen zu arbeiten, an der Vermeidung von Rezidiven aktiv mitzuwirken. Um die Stabilität bisheriger erreichter Erfolge zu testen, sei eine längere Zeit der Beobachtung notwendig

(Urk. 9/

#### **E. 12**

S. 2). 5.

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