

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00063

vom 2. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00063

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00063 du 2 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00063 del 2 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

und Urk. 7/3 .

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung des Versicherten im B.____ ab dem 4. Februar 2018 aufzukommen hat. Klarzustellen ist, dass dabei die definitive Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu beurteilen ist und nicht

(nur) die Frage, ob die Beschwerdegegnerin dem B.____ auf das Verlängerungsgesuch vom 24. Januar 2018 hin Kostengutsprache für die weitere Behandlung hätte erteilen müssen. Denn das Institut der Kostengutsprache beschlägt allein das Verhältnis zwischen der Heilanstalt und dem Krankenversicherer und ist nicht gleichzusetzen mit dem Entscheid über die definitive Kostenübernahme (vgl. BGE 111 V 28 E. 3). Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids, der nicht gegenüber dem B.____, sondern gegen über dem Beschwerdeführer ergangen ist, ist indessen die definitive Verneinung der Kostenübernahme ab dem 4. Februar 2018. In dieser Hinsicht ist somit die Formulierung im Antrag des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin sei zur Gewährung der Kostengutsprache zu verpflichten, nicht ganz präzise. Aus der weiteren Formulierung, ab dem 4. Februar 2018 sei die Akutspitalbedürftigkeit zu bejahen, ist jedoch klar ersichtlich, dass die Beschwerde auf die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur definitiven Kostenübernahme für die stationäre Behandlung ab dem 4. Februar 2018 abzielt.

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 von X.____ aufzukommen, soweit die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen ist. Seine Beschwerdelegitimation ist daher gegeben, sodass auf seine Beschwerde einzutreten ist. 2.

E. 1.3

Am 24. Januar 2018 richtete das B.____ ein nochmaliges Gesuch um Verlängerung der Kostenübernahme über den 30. Januar 2018 hinaus an die Atupri (Urk. 7/3 . 3).

Gestützt auf die vertrauensärztlichen Empfehlungen von Dr. med.

D.____ (vgl. die Hinweise von Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 30. August 2018, Urk. 7/3 S. 1)

eröffnete die Atupri dem B.____ mit Brief vom 5. Februar 2018, dass sie die Kostenübernahme zum Spitaltarif noch bis zum 3. Februar 2018 gewähre, ab dem 4. Februar 2018 die Kosten hingegen nur noch zum Pflegeheimtarif nach erfolgter Pflegeeinstufung übernehme (Urk. 7/1 . 2). Auf das Gesuch des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich vom 28. Februar 2018 hin (Urk. 7/1 . 3) kleidete die Atupri ihren Bescheid in die Verfügung vom 19. März 2018 (Urk. 7/1 . 4). Das Amt für Justizvollzug erhob namens des Kantons Zürich mit Eingabe vom 23. April 2018 Einsprache mit dem Antrag, die Verfügung vom 19. März 2018 sei aufzuheben und die Atupri sei zu verpflichten, Kostengutsprache für die stationäre Behandlung von X.____ im B.____ ab dem 4. Februar 2018 zu leisten (Urk. 7/1 . 5). Mit Entscheid vom 13. Juni 2018 wies die Atupri die Einsprache ab (Urk.

E. 2

= Urk. 7/1), wobei sie sich dazu bereit erklärte, einen Pflegebedarf der Stufe 21-40 Minuten anzuerkennen und im Rahmen von Art. 7a Abs.

E. 2.1

Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen.

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.

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 sind. 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 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und bei der Pflege in einem Pflegeheim in

Art. 7a Abs. 3 KLV festgelegt. Diese letztere Bestimmung sieht nach einem zwölfstufigen System je nach Zeitbedarf die Übernahme eines täglichen Betrages in der Höhe zwischen Fr. 9.-- und Fr. 108.-- vor.

E. 2.3

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. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt nach Art. 49 Abs. 4 Satz 2 KVG für den Spitalaufenthalt 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).

E. 2.4

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 Massnahmevollzugseinrichtung (Abs. 2). Solange die Gefahr besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht, wird er in einer geschlossenen Einrichtung behandelt (Abs. 3 Satz 1); er kann auch in einer Strafanstalt nach Art. 76 Abs. 2 StGB behandelt werden, sofern die nötige therapeutische Behandlung durch Fachpersonal gewährleistet ist (Abs. 3 Satz 2).

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 Gesundheitsschädigung in einer Fremdgefährdung äussert und die Behandlung darauf ausgerichtet ist, diese Gefährdung zu reduzieren (vgl. Urteil des Bun desgerichts K 1 42/04 vom 2 3. Mai 2006 E. 5.4). 3.

E. 3

der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) zu vergüten sowie die ärztlichen und ärztlich angeordneten Therapien nach den Bedingungen des Versicherungsobligatoriums zu übernehmen (Urk. 2 S. 3). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 1 3. Juni 2018 erhob das Amt für Justizvollzug namens des Kantons Zürich mit Eingabe vom 9. Juli 2018 Beschwerde (Ur k. 1) mit den Anträgen, die Beschwerde sei gutzuheissen und der Einspracheentscheid sei aufzuheben, für den weiteren Spitalaufenthalt von X. ___ im B. ___ ab dem 4. Februar 2018 sei 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 Pfl egetaxen nach Art. 7a KLV für die ambulanten

Behandlungen und Pflegeleistungen zu überprüfen und festzulegen (Urk. 1 S. 1). Im Rahmen der Beantwortung der Beschwerde holte die Atupri

die nochmalige Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. D. ___ vom 3 0. August 2018 ein, der unter Hinweis auf seine früheren Beurteilungen an der Empfehlung einer Verlängerung bis zum 3. Februar 2018 festhielt und für die Zeit danach die Verneinung der Akutspitalbedürftigkeit empfahl (Urk. 7/3). Die Atupri schloss hierauf in der Beschwerdeantwort vom 1 2. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Mit Verfügung vom 2 7. September 2018 wurde X. ___ zum Prozess bei geladen (Urk. 9). Dieser liess die ihm angesetzte Frist zur Stellungnahme unbenützt verstreichen, worauf mit Verfügung vom 1 2. November 2018 ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde (Urk. 11). Der Beschwerdeführer blieb in der Replik vom 1 4. Dezember 2018 (Urk. 13) bei seinem Standpunkt und reichte als Beleg eine Stellungnahme des B. ___ vom 7. Dezember 2018 ein (Urk. 14/1). Die Beschwerdegegnerin hielt in der Duplik vom 2 5. Januar 201

E. 3.1

Gemäss dem Konzept des B. ___ für die stationäre forensisch-psychiatrische Behandlung (E. ___ , Chefarzt des B. ___ , «...» S. 45-50 beziehungsweise Ausdruckseiten 1-6) stehen verschiedenartige Behandlungsplätze für die Beurteilung und Behandlung psychisch kr anker Straftäter zur Verfügung .

E s gibt z um einen Plätze im Sicherheitstrakt und zum andern Plätze auf drei geschlossenen und einer offenen Massna hme station (E. ___ , a.a.O . , Ausdruckseite 2) .

Das Konzept unterscheidet sodann die Behandlung von Patienten im Rahmen einer Krisenintervention und die Behandlung im Rahmen des Massnahmevollzugs nach Art. 59 StGB. Kriseninterventionen werden ausschliesslich auf einer Sicherheitsstation durchgeführt, und das Ziel der Behandlung, die explizit als Akutbehandlung unter gesicherten Bedingungen bezeichnet wird, ist hier die Wiedererlangung der Hafterstehungsfähigkeit . Der Massnahmevollzug sodann erfolgt grundsätzlich auf einer der Massnahmestationen . Dabei wird jedoch die Anfangsphase, die zwischen 8 Wochen und 18

Monaten dauern kann, noch auf der Sicherheitsstation durchlaufen. In dieser Phase wird das therapeutische Setting laufend evaluiert, und nach dem Abklingen der deliktogenen psychiatrischen Symptomatik wird über die Weiterbehandlung auf einer geschlossenen Massnahmestation,

die nicht mehr speziell gesichert ist, entschieden, wobei bei Zustimmung der Vollzugsbehörde ein stufenweiser Übertritt erfolgt. Auf den Massnahmestationen besteht der Schwerpunkt der Behandlung alsdann darin, therapeutische Gemeinschaften aufzubauen, in denen die Patienten ihre Persönlichkeit gut entwickeln können und in denen die Voraussetzungen geboten werden, dass auch schwerwiegende Störungen behandelt werden und weitere Delikte vermieden werden können (E.____, a.a.O., Ausdruckseite n 3 f.).

E. 3.2

Aufgrund des dargelegten Konzepts ist die Spitalbedürftigkeit des Versicherten in der ersten Zeit nach der Einweisung vom 26. Juni 2017 zur Krisenintervention offensichtlich.

Im Behandlungsplan Kurzintervention vom 30. Juni 2017 wurde festgehalten, dass im Vorfeld des Strangulationsversuchs vermutlich eine Reduktion des Medikaments Clopixol erfolgt sei (Urk. 7/3 . 4/3 S. 1), und als Behandlungsziel im Hinblick auf eine Rückverlegung in den Strafvollzug oder in die anstehende Massnahme

wurde die Besserung und Stabilisierung der psychopathologischen Symptomatik mit ausreichender Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit formuliert. Als konkrete Einzelschritte und therapeutische Vorkehren zur Erreichung dieses Ziels wurden der Beziehungs- und Vertrauensaufbau, die Initiierung eines therapeutischen Bündnisses, die Förderung der Behandlungsmotivation und die Etablierung einer adäquaten Psychopharmakotherapie mit psychopathologischer Verlaufsbeobachtung aufgeführt (Urk. 7/3 . 4/3 S. 3). Die letztgenannte Behandlungsmassnahme der Etablierung einer zureichenden medikamentösen Einstellung bildete im Falle der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (Urk. 7/3 . 4/3 S. 1, Urk. 7/3 . 4/4 S. 2 und S. 4) ohne Zweifel eine unabdingbare Voraussetzung für die weitere Behandlung, und es leuchtet ohne Weiteres ein, dass es für die hierzu erforderliche Verlaufsbeobachtung eines stationären Rahmens unter Akutbedingungen bedurfte.

Die Beschwerdegegnerin hat demgemäss ihre Leistungspflicht für den Aufenthalt des Versicherten im B.____ in der ersten Zeit nach der Klinikeinweisung zu Recht anerkannt.

E. 3.3

.1

Was die Folgezeit betrifft,

so findet sich im Behandlungsplan II vom 21. September 2017 eine eingehende Schilderung des Therapieverlaufs in den ersten Behandlungswochen. Zusammengefasst wurde ausgeführt, dass der Versicherte in Bezug auf die antipsychotische Medikation eine gute Compliance gezeigt habe und immer noch zeige, sodass keine suizidalen Gedanken, Stimmen oder Ängste mehr aufgetreten seien und die Dosis bestimmter Medikamente habe reduziert werden können. Gewisse Schwierigkeiten seien aufgetreten, als der Versicherte vermehrten Körperkontakt zu Mitpatienten herstellen wollte (Entfernen einer Spinne, Handmassage), und der Versicherte habe sich danach vermehrt zurückgezogen. Im weiteren Verlauf hätten jedoch Verbesserungen erzielt werden können, namentlich habe der

Versicherte mit einer gewissen Unterstützung Fortschritte in der Pünktlichkeit der Terminwahrnehmung gemacht und zeige vermehrt Eigenverantwortung, ausserdem sei er absprachefähiger, redseliger und strukturierter, erweise sich in der Arbeitstherapie als geschickt und bewältige in der Ergotherapie auch komplexere Aufgabenstellungen (Urk. 7/3 . 4/4 S. 5 ff.).

Dementsprechend wurde , wie dem

Behandlungsplan II vom 21. September 2017 weiter zu entnehmen ist,

am 2. August 2017 befunden, dass dem forensisch personenbezogenen Veränderungsbedarf gut entsprochen werden könne, sofern vom Gericht eine stationäre therapeutische Massnahme rechtskräftig angeordnet werde. Gleichzeitig wurde das Risikopotential aber als sehr hoch bezeichnet, wobei jedoch bei einer stabil etablierten medikamentösen Behandlung von einem kurzfristig stark reduzierten Delinquenzrisiko auszugehen sei (Urk. 7/3 . 4/4 S. 8).

Als Ziele der weiteren Behandlung (einschliesslich der bereits erreichten Ziele) wurden die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität und Medikamentenadhärenz , die Vertiefung eines Problembewusstseins als Grundlage für eine tragfähige Krankheits- sowie Behandlungseinsicht, die Motivations- und Belastungssteigerung einschliesslich Kompetenzaufbau, die Verbesserung der Sprachkenntnisse und schliesslich die Versetzung (von der Sicherheitsabteilung) auf eine geschlossene Massnahmestation festgehalten (Urk. 7/3 . 4/4 S. 8 f.). Als Vorkehren zur Zielerreichung wurden namentlich die Fertigung und Vertiefung des therapeutischen Arbeitsbündnisses mit intensiver Psychoedukation und Rekonstruktion/Detaillierung der Biographie während der letzten 15 Jahre in der Schweiz und die Vorbereitung für die in Aussicht genommene Versetzung auf die geschlossene Massnahmestation vorgesehen (Urk. 7/3 . 4/4 S. 9).

E. 3.3.2

Bis zur Zeit des Verlängerungsgesuchs vom 3. November 2017 hatte sich der dargelegte Verlauf fortgesetzt. Im Gesuch wurde wiederum auf die erfolgte Stabilisierung der Verfassung des Versicherten unter der medikamentösen Behandlung, auf die grössere Offenheit in den Gesprächen, auf die verbesserte Regelmässigkeit und Pünktlichkeit bei der Therapieteilnahme und zudem auf eine besondere Motivation für den Deutschunterricht hingewiesen (Urk. 7/3 . 1 S. 2) . Gleichzeitig wurden jedoch fortbestehende Störungen in Antrieb und Affektivität konstatiert, und es wurde bemerkt, dass die psychosoziale Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit noch in einem solchen Ausmass beeinträchtigt sei, dass der Versicherte nicht dazu in der Lage sei, alltagsrelevanten Anforderungen vollumfänglich und anhaltend gerecht zu werden. Ausserdem wurde die Krankheits- und Behandlungseinsicht als noch nicht ausreichend entwickelt bezeichnet , und dementsprechend wurde gegenwärtig die Fortführung und gegebenenfalls die Optimierung der Psychopharmakotherapie sowie der komplementären therapeutischen Massnahmen nur im stationären Rahmen für möglich gehalten (Urk. 7/3 . 1 S. 1 f.).

Als konkretes Ziel im gegenwärtig anstehenden Behandlungsabschnitt wurde die Schaffung der wesentlichen Voraussetzungen für die Fortsetzung der Behandlung auf einer weniger gesicherten, weiterführenden Station formuliert, und zur Erreichung des Ziels wurde der Fokus neben der Aufrechterhaltung und gegebenenfalls der Besserung und Stabilisierung der psychischen Verfassung auf die Erarbeitung eines tiefergehenden

Krankheitsverständnisses und einer belastbaren Therapieadhärenz , begleitet von der sukzessiven Steigerung von Anforderungen und Belastungen , gelegt . Als therapeutisches Konzept wurde die Einbettung der medikamentösen Behandlung in die regelmässigen Einzelgespräche und in das milieutherapeutische Stationssetting mit der Teilnahme an den verschiedenen Therapieangeboten einzeln und in Gruppen (Arbeitsagogik, Ergo-, Sport- und Tanz-/Bewegungstherapie) beschrieben (Urk. 7/3 . 1 S. 2 f.).

E. 3.3.3

Dem nachfolgenden Verlängerungsgesuch vom 22. Dezember 2017 sind Hinweise auf eine nochmalige Zustandsverbesserung zu entnehmen. Die floride psychopathologische Symptomatik war nach den Ausführungen im Gesuch unter der konsequent durchgeführten antipsychotischen Behandlung remittiert geblieben, und im Einzelnen wurde dargetan, dass sich die teilweise grossen Probleme in der Bewältigung des Tagesablaufes und der Vereinbarungs- und Absprachefähigkeit, die anfänglichen Schwierigkeiten einer pünktlichen Teilnahme an den Therapieangeboten und der konfliktbehaftete Umgang mit Mitpatienten weitestgehend zurückgebildet hätten (Urk. 7/3 . 2 S. 1 f.).

Aufgrund dieser Befunde wurden die wesentlichen Voraussetzungen für eine Fortsetzung der Therapie auf einer weniger gesicherten Station als nunmehr gegeben erachtet, und es wurde die Einleitung des Übertritts Anfang 2018 in Aussicht genommen. Dabei wurde festgehalten, dass wegen des nach wie vor eher fragmentarischen Krankheitsverständnisses auch im neuen Rahmen verschiedene Therapiemassnahmen zur Etablierung einer ausreichenden Tragfähigkeit und weiteren Stabilisierung der Therapieadhärenz notwendig sein würden und die voraussichtliche stationäre Gesamtaufenthaltsdauer daher noch nicht absehbar sei (Urk. 7/3 . 2 S. 2) .

E. 3.3.4

Nach den Darlegungen im weiteren Verlängerungsgesuch vom 24. Januar 2018 schliesslich , dessen Abweisung Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist, war der geplante Übertritt

in die weniger gesicherte geschlossene Massnahmestation bislang noch nicht verwirklicht worden. Weiterhin waren zwar die floriden psychotischen Symptome nicht wieder aufgetreten, und insgesamt hatte n gemäss Gesuch eine Besserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit erreicht und

ein gewisses Problembewusstsein erarbeitet werden können. Es wurde jedoch auch auf gewisse Rückschläge in der letzten Zeit hingewiesen, indem es jüngst wieder vermehrt zu Unpünktlichkeit und Unstrukturiertheit bei punktuell nur eingeschränkter Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit gekommen sei , Lerneifer und Fortschritte im Deutschunterricht deutlich nachgelassen hätten und sich auch situative Inadäquatheiten durch wiederholten intensiven Körperkontakt zu einem Mitpatienten und vereinzelt durch gereizt-aggressive Momente gezeigt hätten (Urk. 7/3 . 3 S. 1 f.).

Die gegenwärtige Therapie bestand gemäss dem Gesuch neben der medikamentösen Behandlung weiterhin in Einzelgesprächen mit psychoedukativen -psychotherapeutischen Elementen und in einem milieutherapeutischen Stationssetting mit - nach Möglichkeit und Bereitschaft - Teilnahme an den verschiedenen Therapieangeboten (Arbeitsagogik, Ergo- und Sporttherapie); ausserdem war die Intensivierung des Deutschunterrichts vorgesehen (Urk. 7/3 . 3 S. 2).

Als therapeutisch zu erreichendes Ziel wurde immer noch die geplante Fortsetzung der Behandlung auf einer weniger gesicherten Station innerhalb der Klinik anvisiert, zu dessen Verwirklichung die angestrebte Erhaltung beziehungsweise Steigerung der Motivation und Verbesserung des psychophysischen Funktionsniveaus diene. Im Gegensatz zum vorangegangenen Gesuch vom 22. Dezember 2017 machten die Fachpersonen jedoch keine zeitlichen Angaben mehr zu einem Übertritt, sondern gaben lediglich an, dass die Umsetzung nach Möglichkeit in absehbarer Zeit erfolgen solle (Urk. 7/3 . 3 S. 2). Ausserdem bemerkten sie, dass abzuwarten sei, ob die Therapieerfolge, die unter sehr artifiziellen Bedingungen erzielt worden seien, sich in ein anderes Behandlungssetting mit erhöhten, realitätsnäheren Anforderungen und Belastungen werde transferieren lassen (Urk. 7/3 . 3 S. 1 f.). Des Weiteren prognostizierten die Fachpersonen zwar, dass nach der Verlegung auf eine weniger gesicherte, jedoch mit einem erhöhten Anforderungsprofil ausgestattete Station innerhalb der Klinik in einer überschaubaren Zeit eine ausreichend stabile Konsolidierung des psychischen Zustands erreicht werden könne und dann die weitere Behandlung im Sinne einer Anleitungs- und Betreuungssituation mit Fortsetzung der medikamentösen Erhaltungstherapie und einer primär supportive ausgerichteten Psychotherapie möglich sein werde (Urk. 7/3 . 3 S. 3). Angaben zum Zeitrahmen einer solchen Zielerreichung mit Entlassung des Versicherten aus der Klinik konnten sie jedoch ebenfalls nicht machen.

E. 3.4

4

Unter diesen Umständen und da

eine gesundheitliche Veränderung bis zum 4. Februar 2018 weder ersichtlich noch geltend gemacht ist,

ist die Akutspitalbedürftigkeit

entsprechend dem zutreffenden Dafürhalten des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6) ab dem 4. Februar 2018 bis auf Weiteres nach wie vor

zu bejahen. Zwar haben die Störungen des Versicherten, wie sie sich aus den erhobenen Diagnosen ergeben, zweifellos chronischen Charakter. In der aktuellen Störungsausprägung, wie sie am 4. Februar 2018 immer noch vorlag, bestand jedoch der Bedarf fort, deren Auswirkungen in der Umgebung eines Spitals im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zu behandeln. Die Auslegung des Begriffs der Spitalbedürftigkeit ist nämlich nicht abstrakt vorzunehmen, sondern hat sich an der konkreten Situation zu orientieren. Dies gilt auch für das, was unter « apparativen und personellen Voraussetzungen, die nur im Spital vorhanden sind » und unter « Inanspruchnahme eines Spitalbettes » im Sinne der Formulierungen von Dr. D.____ (Urk. 7/3 S. 2 und Urk. 18/1 S. 1) zu verstehen ist, sofern die zur Diskussion stehende Einrichtung die Voraussetzungen eines Spitals im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllt. Im Falle des B.____

ist dies offenkundig und unbestritten; das Z.____ ist auf der Spitalliste des Kantons Zürich aufgeführt (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG), und ihm ist

der Leistungsauftrag der Behandlung und Begutachtung psychisch kranker Personen im Massnahme- und Strafvollzug zugewiesen, wofür entsprechend dem zutreffenden Hinweis in der Replik (Urk.

E. 3.4.1

Der Vertrauensarzt Dr. D.____ konstatierte am 30. August 2018, dass aus den Verlängerungsgesuchen, die sich nicht in relevanter Weise unterschieden, ein stabiler Verlauf und eine eingestellte Medikation ersichtlich seien, und folgerte, dass der Versicherte zweifellos einer langfristigen Behandlung bedürfe, dass jedoch bei den bekannten und bereits vor dem Eintritt behandelten Diagnosen eine weitere Akutspitalbedürftigkeit nach der Krisenintervention, der initialen Stabilisierung und der Medikamenteneinstellung nicht mehr nachvollziehbar sei. Es bestehe zwar ein gewisser pflegerischer Bedarf und der Bedarf zur Weiterführung der Therapie,

dies

könne jedoch auch ambulant beziehungsweise in einem geschützten Aufenthalts- und Betreuungsrahmen erfolgen. Für eine Akutspitalbedürftigkeit werde hingegen vorausgesetzt, dass die medizinischen Massnahmen apparativer oder personeller Voraussetzungen bedürften, die nur im Spital vorhanden seien. Solches liege hier jedoch klarerweise nicht vor; vielmehr würde ein Patient mit vergleichbarer Diagnose ohne einen deliktischen Hintergrund nicht über einen derart langen Zeitraum stationär behandelt (Urk. 7/3). An dieser Beurteilung hielt Dr. D.____ auch in seiner weiteren Stellungnahme vom 18. Januar 2019 fest (Urk. 18/1), und sie bildet die Grundlage für den leistungsablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2 f., Urk. 6 S. 2, Urk. 17).

E. 3.4.2

Das deliktische Verhalten des Versicherten ist allerdings mit den Diagnosen der paranoiden Schizophrenie und der Verhaltensstörungen untrennbar verknüpft. Denn eine stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB setzt eine solche Verknüpfung in

Abs. 1 lit. a voraus, und die Behandlung des psychischen Leidens im Rahmen dieser Massnahme muss dementsprechend nach Abs. 1 lit. b darauf ausgerichtet sein, der Gefahr von weiteren mit dem Leiden verknüpften Straftaten zu begegnen.

Bei der Frage nach der Akutspitalbedürftigkeit darf aber die Verknüpfung zwischen Diagnose und deliktischem Verhalten nach der dargelegten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht gelöst werden, wie dies Dr. D.____ mit dem Hinweis auf Patienten mit vergleichbarer Diagnose ohne deliktische Problematik getan hat.

E. 3.4.3

Aus den Verlaufsberichten, die Bestandteil der Verlängerungsgesuche des B.____ sind, geht zwar hervor, dass bis Ende Dezember 2017 eine wirksame, auf Dauer ausgerichtete medikamentöse Einstellung hatte etabliert werden können, unter der keine akuten Symptome der paranoiden Schizophrenie, wie insbesondere das Hören von Stimmen, spezifische Ängste und Suizidgedanken, mehr aufgetreten waren (vgl. insbesondere Urk. 7/3 . 2 S. 2 f. und Urk. 7/3 . 3 S. 2 f.). Das Ziel der Entlassung aus den streng geschützten Bedingungen der Sicherheitsstation mit dem Übertritt in eine geschlossene Massnahmestation hatte jedoch ungeachtet dessen auch zur Zeit des aktuellsten Verlängerungsgesuchs vom 24. Januar 2018 noch nicht erreicht werden können, sondern hatte sich gemäss diesem Gesuch aufgrund gewisser Rückschritte nochmals verzögert.

Die medizinischen Fachleute erachteten demnach das Erfordernis der Sicherung zur Prävention gegen suizidale und deliktische Handlungen auch im neuesten Gesuch immer noch als gegeben.

Die Vorkehr en in der Sicherheitsstation beschränkten sich indessen nicht darauf, den Versicherten dort weiter zu beherb erg en und die Medikamenteneinstellung und -einnahme zu überwachen. Vielmehr hatte sich der Versicherte nach wie vor einem ganzen Setting von psychoedukativ -psychotherapeutischen Gesprächen, Massnahmen und Beschäftigungen zu unterziehen. Es ist zwar denkbar , dass ein solches Setting bei anderer Ausgangslage auch unter ambulanten Bedingungen oder im Milieu ein es Wohnheimes durchgeführt werden könnte . Im Falle des Versicherten

war das Setting jedoch - wie der Chefarzt des B.____ dies in der Stellungnahme vom 7. Dezember 2018 einleuchtend darta t (Urk. 14/1) -, spezifisch auf das Krankheitselement des deliktischen Verhaltens ausgerichtet, aufgrund dessen immer noch ein Aufenthalt unter gesicherten Bedingungen erforderlich h war. Zum einen war hier somit n aturgemäss eine Therapie in einem Rahmen, wie ih n Dr. D.____

im Auge hatte, gar nicht möglich . Und zum andern hatte das Behandlungssetting nicht vorwiegend su pportiven und somit pflegerischen Charakter , wie dies die Fachleute des B.____ im Verlängerungsgesuch vom 2 4. Januar 2018 als längerfristige Perspektive anvisierten (Urk.

7/3 . 3 S. 3), sondern verfolgte vi elmehr kurativ das Ziel, die krankheitsimmanenten Selbst- und Fremdgefährdungen zu reduzieren, um eine Lockerung der ge sicherten Bedingungen zu erreichen . Den Ausführungen in der Beschwerdesch rift hierzu (Urk. 1 S. 4 f., S. 6 f. und S. 8 f.) ist zuzustimmen.

E. 3.5

Zusammengefasst steht damit fest, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die strittige Zeit ab dem 4. Februar 2018 bis auf Weiteres nicht verneinen kann.

Zum Verlauf

bis zum beurteilungsbegrenzenden Datum des angefoch t enen Einspracheentscheid s vom 1 3. Juni 2018 ist dem eingereichten Dossier der Beschwerdegegnerin allerdings noch nichts zu ent nehmen.

Dr. D.____ erwähnte zwar in seiner Stellungnahme vom 3 0. August 2018 einen Behandlungsplan vom 1 4. Februar 2018 (Urk. 7/3 S. 1) , dieser findet sich jedoch nicht in den Akten.

Die Beschwerdegegnerin wird sich daher zur Situation ab dem 4. Februar 2018 noch näher zu informieren haben, namentlich durch den Beizug des erw ähnten Behandlungsplans vom 14. Februar 2018 und der Berichte über den Verlauf in der Folgezeit. Hernach wird sie über die konkrete Dauer ihre r

Leistungspflicht für die Behandlung des Versicherten im B.____ ab dem 4. Februar 2018 zu befinden haben.

E. 3.6

D amit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 1 3. Juni 2018 aufgehoben wird mit der Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung de s

Versicherten für die Zeit ab 4. Februar 2018 bis auf Weiteres leistungspflichtig ist ,

und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen in Bezug auf die konkrete Dauer ihrer Leistungspflicht im Sinne der Erwägungen tätige und hernach darüber

neu verfüge.

4.

Als Behörde ist der Beschwerdeführer vom Anspruch auf eine Prozessentschädigung ausgenommen (vgl.

Kieser, ATSG Kommentar, 4. Auflage, Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 219), und hat demgemäss zu Recht keinen entsprechenden Antrag gestellt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gut geheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juni 2018 aufgehoben wird

mit der Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung des Versicherten für die Zeit ab 4. Februar 2018

bis auf Weiteres leistungspflichtig ist, und die Sache an die Atupri Gesundheitsversicherung zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen Abklärungen in Bezug auf die konkrete Dauer ihrer

Leistungspflicht im Sinne der Erwägungen tätige und hernach darüber neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich - Atupri Gesundheitsversicherung - X.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrKobel

E. 8

(richtig: 201

E. 9

) ebenfalls an ihrem Standpunkt fest (Urk. 17) und brachte eine weitere Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. D.____ vom 18. Januar 2019 bei (Urk. 18/1). Mit Verfügung vom 29. Januar 2019 wurde die Duplik samt Beilage dem Beschwerdeführer und dem Beigeladenen zugestellt (Urk. 19).

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

E. 13

S. 2) ein Tarif im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbart worden ist. Es ist zudem nicht ersichtlich und wurde auch nicht geltend gemacht, dass für die Weiterbehandlung des Versicherten eine andere Einrichtung (vgl. Art. 59 Abs. 2 und 3 StGB) als das B.____ in Betracht käme, die nicht unter den Spitalbegriff in Art. 39 Abs. 1 KVG fiele.

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