

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00064**

## **vom 22. April 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2018.00064](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00064)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00064 du 22 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00064 del 22 aprile 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Strittig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin für die stationäre Behandlung des Versicherten im Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_ ab dem

#### **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. 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. 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 Beitrags in der Höhe zwischen Fr. 9.-- und Fr. 108.-- vor. 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 kosten günstigere 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 Spitalaufhalten 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). 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

Bundesgerichts K 142/04 vom 23. Mai 2006 E. 5.4). 3. 3.1

Gemäss dem Konzept des Psychiatriezentrums B .\_\_\_ für die stationäre forensisch-psychiatrische Behandlung , wie es in der Stellungnahme des Zentrums vom 13. April 2018 beschrieben ist (Urk. 23/5) und wie es sich aus einer Publikation des Zentrums des Jahres 2010 ergibt (Otto Horber, Entwicklungen in der stationären forensisch-psychiatrischen Behandlung, in SZK 1/2010 S. 45-50 beziehungsweise Ausdruckseiten 1-6) stehen verschiedenartige Behandlungsplätze für die Beurteilung und Behandlung psychisch kranker Straftäter zur Verfügung. Es gibt zum einen Plätze im Sicherheitstrakt und zum andern Plätze auf drei geschlossenen und einer offenen Massnahmestation ( Urk. 23/5 S. 1 sowie Otto Horber, a.a.O . , Ausdruckseite 2).

Das Konzept unterscheidet sodann die Behandlung von Patienten im Rahmen einer Krisenintervention und die Behandlung im Rahmen des Massnahmenvollzugs 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 Massnahmenvollzug 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 ( Urk. 23/5 S. 2 sowie Otto Horber, a.a.O., Ausdruckseiten 3 f. ). 3.2 3.2.1

Dr. Z.\_\_\_ gelangte im Gutachten vom 31. Juli 2016 zuhanden der Staatsanwaltschaft aufgrund der Vorakten und der eigenen Erhebungen zum Schluss, dass vor allem die Persönlichkeitsstörung und die Suchtmittelproblematik und untergeordnet auch die schizophrene Problematik in einem ursächlichen Zusammenhang mit den vorgeworfenen Straftaten gestanden seien und es auch diese Problematiken seien, welche die Legalprognose belasteten (Urk. 23/4 S. 55 und S. 57 f.). Er hielt sodann fest, dass noch im Jahr 2003 sämtliche Massnahmevarianten als wenig aussichtsreich eingeschätzt worden seien und auch die derzeitige Motivation des Versicherten wohl fragil sei (Urk. 23/4 S. 55). Dennoch konnte er im Zeitpunkt der Begutachtung eine stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB als zumindest bedingt erfolgversprechend empfehlen (Urk. 23/4 S. 55 und S. 56 ), betonte jedoch, dass eine derartige stationäre Massnahme die einzige in Betracht kommende Massnahme sei, die eine Rückfallgefahr noch signifikant zu senken in der Lage wäre . Demgegenüber war er der Ansicht, ein ambulanter Ansatz - auch mit vorangehender zweimonatiger stationärer Anbehandlung - sei zu wenig intensiv und eine alleinige stationäre Suchttherapie fokussiere zu sehr auf die Suchtproblematik , ohne mit der notwendigen Intensität auch die schizophrene Problematik und die Persönlichkeitsstörung angehen zu können (Urk. 23/4 S. 56 und S. 58).

Zur Ausgestaltung der empfohlenen stationären Massnahme führte Dr. Z.\_\_\_ aus, im Zentrum der Behandlungsbemühungen sollten zunächst die Drogensucht beziehungsweise

die Abstinenz davon und eine optimale Substitution stehen, des Weiteren eine optimale neuroleptische Einstellung der psychotischen Erkrankung und auch die schrittweise Belastungserhöhung, damit auf diese Weise mit ausreichender Zeit Lockerungsschritte gut geplant vorbereitet werden könnten, um den Versicherten in einen strukturierten, betreuten und wenig fordernden Alltag zu entlassen. Ziel sei somit insbesondere die Erreichung einer bestmöglichen affektiven Stabilität durch Reduktion des Drogenkonsums und Optimierung der Medikation und die Etablierung von Strukturen in Freiheit, welche die Rückfälligkeit zumindest merklich zu reduzieren im Stande wären (Urk. 23/4 S. 55 f.). Dabei ging Dr. Z.\_\_\_\_ von einem längerfristigen Prozess mit Belastungserprobungen in kleinen Vollzugslockerungsschritten aus (Urk. 23/4 S. 55 f. und S. 58). 3.2.2

Im Verlängerungsgesuch des Psychiazentrums B .\_\_\_\_

vom 27. November 2017 wurden vorab die Diagnosen fest gehalten , die schon Dr. Z.\_\_\_\_ im Gutachten vom Juli 2016 als relevant erachtet hatte, nämlich eine paranoide Schizophrenie, psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und durch Konsum anderer psychotroper Substanzen im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ ( Urk. 7/3 . 1 S. 1 ).

Was den bisherigen Therapieverlauf betrifft, so stellten die Ärzte des Psychiazentrums

B .\_\_\_\_ nach erfolgter Anpassung der Medikation einen moderaten Rückgang der Wahndynamik

fest, beobachteten jedoch weiterhin gewisse wahnhaftige Inhalte im Wahrnehmen und Denken. Ausserdem wurde eine Besserung in Bezug auf die Antriebsminderung vermerkt, die dazu geführt habe , dass die Bereitschaft zur Teilnahme an den Spezialtherapien (Arbeitstherapie, Sporttherapie und Ergotherapie, je mehrmals wöchentlich) gestiegen sei. Hingegen konnten die Fachpersonen hinsichtlich Krankheits- und Behandlungseinsicht noch keine wesentlichen Entwicklungen erkennen und beurteilten das psychosoziale Funktionsniveau als weiterhin erheblich beeinträchtigt, sodass der Versicherte nicht dazu in der Lage sei, alltagsrelevanten Anforderungen vollumfänglich und anhaltend gerecht zu werden. Dementsprechend formulierten sie als Ziel für den nächsten Behandlungsabschnitt den Aufbau eines suffizienten Krankheits- und Behandlungsverständnisses mit psychoedukativ -psychotherapeutischen und komplementären Massnahmen und erachteten dafür eine weitere akutstationäre Behandlung als notwendig (Urk. 7/3 . 1 S. 1-3). Generell hielten die Fachleute fest, dass der Versicherte aufgrund seiner schwerwiegenden, über viele Jahre bestehenden und in der Vergangenheit nicht ausreichend behandelten psychiatrischen Erkrankung einer langfristigen stationären Behandlung bedürfe (Urk. 7/3 . 1 S. 3). 3.3 3.3.1

Der Vertrauensarzt Dr. C.\_\_\_\_ führte am 30. August 2018 aus , die Diagnosen einer multiplen Substanzabhängigkeit und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seien seit Jahren bekannt und seien vorbehandelt, die Medikation sei umgestellt worden und es fänden noch fallführende Gespräche sowie mehrmals wöchentlich Arbeitstherapie, Sporttherapie und Ergotherapie statt. Daraus folgerte er, es bestünden zwar keine Zweifel, dass der Versicherte langfristig behandlungsbedürftig sei und einer engmaschigen Betreuung bedürfe, bei den bekannten Diagnosen sei jedoch eine Akutspitalbedürftigkeit nach initialer Stabilisierung und Medikamenteneinstellung nicht mehr nachvollziehbar .

Vielmehr sei ein allenfalls geringer pflegerischer Bedarf gegeben, es werde aber vor allem ein therapeutisches Konzept verfolgt, das ebenso gut in einem ambulanten Setting beziehungsweise in einem geschützten Aufenthalts- und Betreuungsrahmen durchgeführt werden könne. 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, und insbesondere vermöge das Ziel der Verhinderung der Flucht- und Rückfallgefahr keine Akutspitalbedürftigkeit aus medizinischer Sicht zu begründen (Urk. 7/3).

An dieser Beurteilung hielt Dr. C. \_\_\_ auch in seiner weiteren Stellungnahme vom 21. Januar 2019 fest (Urk. 19/1), und sie bildet die Grundlage für den leistungsablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 3, Urk. 6 S. 2, Urk. 18). 3.3.2

Wie aus dem Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ hervorgeht, ist allerdings das deliktische Verhalten des Versicherten mit der Persönlichkeitsstörung, den Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit sowie auch mit der schizophrenen Erkrankung untrennbar verknüpft. Eine stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB setzt eine solche Verknüpfung in Abs. 1 lit. a denn auch 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. C. \_\_\_ mit dem Hinweis auf Patienten mit vergleichbarer Diagnose ohne deliktische Problematik getan hat. 3.3.3

Unter Berücksichtigung dieser Verknüpfung ist indessen der Bedarf, das Störungsbild des Versicherten in der Umgebung eines Spitals im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG zu behandeln, im Zeitpunkt des Verlängerungsgesuchs vom 27. November 2017 gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Fachärzte als voraussichtlich längerdauernd als nur gerade bis Anfang Januar 2018 zu beurteilen. Denn Dr. Z. \_\_\_ hatte nach dem vorstehend Dargelegten eine Massnahme stationärer Ausgestaltung als einzige erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit beurteilt und war dabei von einem längerfristigen Prozess mit kleinen Schritten der Vollzugslockerung ausgegangen. Nach dem dargelegten Stand im Verlängerungsgesuch vom 27. November 2017 war der Versicherte indessen auf diesem Weg noch nicht an einem Punkt angelangt, wo er auch unter ambulanten Bedingungen oder im Milieu eines Wohnheimes hätte weiterbehandelt werden können, da Krankheits- und Behandlungseinsicht weiterhin fehlten und hohe Defizite im psychosozialen Funktionsniveau fortbestanden, die den Versicherten in der Wahrnehmung der alltagsrelevanten Anforderung erheblich einschränkten. Es bestand daher immer noch die Situation, in der Dr. Z. \_\_\_

im ambulanten Rahmen die Gefahr nachlassender Medikamentencompliance, erneuter Drogenrückfälle und wiederauftretender Delinquenz sah (Urk. 23/4 S. 56 und S. 58). Bei dieser Sachlage kann entgegen der zumindest missverständlichen Formulierung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 3)

nicht davon gesprochen werden, dass sich der Versicherte zur Zeit der beantragten Verlängerung vor allem deshalb noch im Psychiatriezentrum B. \_\_\_ aufhielt, weil er ausserhalb der Klinik nicht über einen festen Wohnsitz verfügte. Diese Klarstellung in der Stellungnahme der Fachpersonen des Psychiatriezentrums B. \_\_\_ vom 13. April 2018 (Urk. 23/5 S. 2) ist ohne Weiteres plausibel.

Eine Therapie in einem Rahmen, wie ihn Dr. C. \_\_\_ im Auge hatte, war somit zur Zeit des Verlängerungsgesuchs vom 27. November 2017 auf längere Sicht noch nicht dem Gesundheitszustand des Versicherten angepasst. Dr. C. \_\_\_ stellte denn auch selber fest, dass der Versicherte nicht nur einen Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen habe, sondern einem therapeutischen Konzept unterstehe, also einem Konzept, das kurativ das Ziel verfolgte, die krankheitsimmanente Rückfallgefahr zu dämmen, um nach und nach die Lockerung der Vollzugsbedingungen zu erreichen. Den Ausführungen in der Beschwerdeschrift hierzu (Urk. 1 S. 4 f., S. 6 f. und S. 8 f.) ist zuzustimmen.

Was sodann die Eignung des Psychiatriezentrums B. \_\_\_ für die Weiterführung der stationären Massnahme aus krankensicherungsrechtlicher Sicht anbelangt, so gilt es zu beachten, dass die Auslegung des Begriffs der Spitalbedürftigkeit nicht abstrakt vorzunehmen ist, sondern sich an der konkreten Situation zu orientieren hat. 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. C. \_\_\_ (Urk. 7/3 S. 2 und Urk. 19/1 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 Psychiatriezentrums B. \_\_\_ ist dies offenkundig und unbestritten; das Zentrum für stationäre forensische Therapie in

A. \_\_\_ 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. 14 S. 2) ein Tarif im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbart worden ist.

Hinzu kommt, dass Dr. Z. \_\_\_ in seinem Gutachten explizit festhielt, die stationäre Massnahme sei nicht bei gleichzeitigem Strafvollzug und somit nicht in einer Strafanstalt durchzuführen, sondern es brauche hierfür den forensisch-klinischen Rahmen, beispielsweise denjenigen im Psychiatriezentrum B. \_\_\_ (Urk. 23/4 S. 58). Für die Weiterbehandlung des Versicherten kommt demnach keine Einrichtung (vgl. Art. 59 Abs. 2 und 3 StGB) in Betracht, die nicht unter den Spitalbegriff in Art. 39 Abs. 1 KVG fällt.

Bedurfte der Versicherte nach dem Gesagten zur Zeit des Verlängerungsgesuchs vom 27. November 2017 auf längere Sicht weiterhin der stationären Behandlung im Psychiatriezentrum B. \_\_\_ , so ist seine Aktutspitalbedürftigkeit ab dem 9.

Januar 2018 bis auf Weiteres nach wie vor zu bejahen. Denn unter den gegebenen Umständen kann eine gesundheitliche Veränderung in den wenigen Wochen seit Ende November 2017 ausgeschlossen werden.

Zum Verlauf bis zum beurteilungsbegrenzenden Datum des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Juni 2018 ist dem eingereichten Dossier der Beschwerdegegnerin allerdings noch nichts zu entnehmen. Der Beschwerdeführer erwähnte zwar in der Einspracheschrift den sogenannten Behandlungsplan II vom 13. November

2017, der dem Vertrauensarzt vorliege (Urk. 7/1 .4 S. 4), dieser findet sich jedoch nicht in den Akten, und ebenso wenig ist dokumentiert, ob und wieweit der Plan eingehalten und die damit angestrebten Ziele erreicht werden konnten.

Die Beschwerdegegnerin wird sich daher zur Situation ab dem 9. Januar 2018 noch näher zu informieren haben, namentlich durch die Einsichtnahme in den erwähnten Behandlungsplan und den Beizug

der Berichte über den Verlauf nach dem 27. November 2017 . Hernach wird sie über die konkrete Dauer ihre r Leistungspflicht für die Behandlung des Versicherten im Psychiatriezentrum B .\_\_\_ ab dem

### **E. 1.3**

Am 27. November 2017 richtete das Psychiatriezentrum B. \_\_\_ ein Gesuch um Verlängerung der Kostenübernahme an die Atupri für die Zeit ab 9. Dezember 2017 (Urk. 7/3 . 1).

Gestützt auf die vertrauensärztliche Empfehlung von Dr. med. C. \_\_\_ (vgl. die Hinweise in der Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_

vom 30. August 2018, Urk. 7/3 S. 1) eröffnete die Atupri dem Psychiatriezentrum B. \_\_\_ mit Brief vom 6. Dezember 2017, dass sie die Kostenübernahme zum Spitaltarif noch bis maximal zum 8. Januar 2018 gewähre , wogegen

die Therapien anschliessend im ambulanten Rahmen durchführbar seien (Urk. 7/1 . 1). Auf das Gesuch des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich vom 28. Februar 2018 hin (Urk. 7/1 . 2 ) kleidete die Atupri ihren Bescheid in die Verfügung vom 19. März 2018 (Urk. 7/1 . 3 ). Das Amt für Justizvollzug erhob namens des Kantons Zürich mit Eingabe vom 20 . April 2018 Einsprache mit dem Antrag,

die Verfügung vom 19. März 2018 sei aufzuheben und die Atupri sei zu verpflichten, Kostengutsprache für die weiterführende stationäre Behandlung von X. \_\_\_ im Psychiatriezentrum B. \_\_\_ ab dem

### **E. 4**

S. 57-58) wurde für X. \_\_\_ mit Urteil des Bezirksgerichts Zürich vom 27. März 2017 neben einer Freiheitsstrafe eine stationäre Massnahme nach Art. 59 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) angeordnet. Zum Vollzug dieser Massnahme wurde er mit Verfügung des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich vom 11. August 2017 mit Wirkung ab dem 14. August 2017 in die psychiatrische Klinik Y. \_\_\_ , Zentrum für Stationäre Forensische Therapie, in A. \_\_\_ (nachfolgend Psychiatriezentrum B. \_\_\_ ) eingewiesen (Urk. 23/3). Die Atupri kam vorerst für den Klinikaufenthalt und die dortige Behandlung des Versicherten auf.

### **E. 9**

Januar 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 unter Beilage je einer Kopie von Urk. 21 und Urk. 22 (Telefonnotiz vom 10. März 2020 und Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2020 betreffend Aktennachreichung) - 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

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