

VBE.2024.103 / sb / nl

Art. 44

Urteil vom 7. April 2025

Besetzung

Oberrichterin Gössi, Präsidentin
Oberrichterin Fischer
Oberrichter Kathriner
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde-
führer

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Mirjam Schneider,
Zentralstrasse 47, Postfach 93, 2502 Biel/Bienne

Beschwerde-
gegnerin

Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend KVG
(Einspracheentscheid vom 16. Januar 2024)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Beim 1944 geborenen Beschwerdeführer wurde im Dezember 2022 wegen einer zervikalen spondylotischen Myelopathie mit hochgradiger Spinalkanalstenose eine Myelondekompression mittels Laminektomie durchgeführt. Es verblieb postoperativ respektive nach einer vom 13. Januar bis 3. März 2023 durchgeführten ersten stationären Rehabilitation insbesondere eine rechtsbetonte Tetraparese mit diversen Komorbiditäten. In der Folge gingen der Beschwerdegegnerin Kostenübernahmeersuchen des Kantonsspitals B._____ vom 24. und vom 27. März 2023 sowie vom Zentrum C._____ vom 6. April 2023 für eine stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers im Zentrum C._____ ein, welche sie mit Schreiben vom 5. beziehungsweise vom 13. April 2023 jeweils nach Rücksprache mit ihrem vertrauensärztlichen Dienst ablehnte. Daraufhin ersuchte das Zentrum C._____ mit "Wiedererwägungsgesuchen" vom 22. Mai sowie vom 7. und 23. Juni 2023 erneut um Übernahme der Kosten für eine stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Kostenübernahme nach weiteren Rücksprachen mit ihrem vertrauensärztlichen Dienst mit Schreiben vom 30. Mai, sowie vom 15. Juni und 10. Juli 2023 abermals ab. Am 30. Oktober 2023 ersuchte der nunmehr rechtskundig vertretene Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin erneut um Kostengutsprache für die fragliche Rehabilitation im Zentrum C._____, was die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 22. November 2023 ablehnte. Die vom Beschwerdeführer dagegen erhobene Einsprache vom 18. Dezember 2023 wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2024 ab.

2.

2.1.

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer am 15. Februar 2024 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

"1.

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2024 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, die Kostengutsprache für die Rehabilitation im [Zentrum C._____] vom 12. April 2023 bis 20. September 2023 zu erteilen.

2.

Eventualiter: Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2024 sei aufzuheben und es sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerderügen zu erlassen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –"

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 27. Februar 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin das Nichteintreten auf beziehungsweise die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 13. März 2024 im Wesentlichen an seinen Anträgen und deren Begründung fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Übernahme der Kosten für eine stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers im Zentrum C._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgelehnt hat. Dabei ist gestützt auf die Parteivorbringen einstweilen davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im hier massgebenden Jahr 2023 bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG versichert war, obschon sich dies aktuell nicht aus den Akten entnehmen lässt (vgl. zur Aktenführung der Beschwerdegegnerin auch nachfolgend E. 4.3.).

2.

2.1.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 KVG umfassen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter anderem die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (lit. d). Gemäss Anhang 1 Ziff. 11 KLV in seiner seit dem 1. Januar 2003 geltenden Fassung erfolgt die Kostenübernahme einer stationären Rehabilitation nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und unter Berücksichtigung der vertrauensärztlichen Empfehlung. Für Patienten und Patientinnen mit Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes sowie für pulmonale Rehabilitationen sieht Anhang 1 Ziff. 11 zudem weitere Anspruchsvoraussetzungen vor.

2.2.

2.2.1.

Die Leistungen nach Art. 25 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG; sog. WZW-Kriterien). Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG). Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG).

2.2.2.

Eine Leistung gilt als wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken beziehungsweise wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst. In der klassischen universitären Medizin gilt der Wirksamkeitsnachweis als erbracht, wenn die Behandlungsmethode für das in Frage stehende Behandlungsziel wissenschaftlich anerkannt ist, das heisst von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis akzeptiert wird (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2. Aufl. 2018, N. 2 ff. zu Art. 32 KVG [nachfolgend zit. als EUGSTER, Rechtsprechung] mit Hinweisen unter anderem auf BGE 143 V 95 E. 3.1 S. 98 f. und 133 V 115 E. 3.1 f. S. 116 ff.). Zweckmässig ist jene Anwendung, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken aus vorausschauender Sicht den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen im Einzelfall aufweist (EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 9 ff. zu Art. 32 KVG mit Hinweisen unter anderem auf BGE 130 V 532 E. 2.2 S. 535 f. und 130 V 299 E. 6.1 S. 304 f.). Wirtschaftlichkeit ist das massgebende Kriterium für die Auswahl unter den zweckmässigen Behandlungsalternativen. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem medizinischem Nutzen die kostengünstigste Alternative. Eine vergleichsweise grössere medizinische Zweckmässigkeit kann die Übernahme einer teureren Applikation rechtfertigen (EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 13 ff. zu Art. 32 KVG mit Hinweisen unter anderem auf BGE 139 V 135 E. 4.4.3 S. 140 und 130 V 532 E. 2.2 S. 535 f.).

2.3.

2.3.1.

Das besondere Merkmal der hier in Frage stehenden medizinischen Rehabilitation besteht darin, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die medizinische Rehabilitation schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben. Sie ist demnach auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Ein Rehabilitationspotenzial setzt somit voraus, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung des Funktionsvermögens unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2012 vom 14. Februar 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

2.3.2.

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationskli-

nik erfolgen. Erfolgt sie in einer Rehabilitationsklinik, ist eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist. Eine Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbetts) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen. Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (BGE 126 V 323 E. 2b und E. 2c S. 326 f.; vgl. ferner Urteile des Bundesgerichts 9C_253/2020 vom 2. Juni 2020 E. 2.3, 4A_67/2014 vom 4. März 2015 E. 5.1 und 9C_413/2012 vom 14. Februar 2013 E. 4.2 und GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz. 444 ff. [nachfolgend zit. als EUGSTER, Krankenversicherung]). Dass eine stationäre Behandlung auf einer ärztlichen Einweisung beruht, reicht zur Bejahung der Spitalbedürftigkeit nicht aus. Massgebend sind die gesundheitlichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des Spitaleintritts. Ein nachträglicher Heilerfolg rechtfertigt keine nachträgliche Kostengutsprache bei nicht gegebener Spitalbedürftigkeit (vgl. EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 70 zu Art. 25 KVG mit Hinweisen, und DERS., Krankenversicherung, Rz. 448). Kann eine Rehabilitation ambulant oder in einem Kurmilieu durchgeführt werden, besteht kein Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation (EUGSTER, Rechtsprechung, a.a.O., N. 58 zu Art. 25 KVG mit Hinweis).

2.4.

2.4.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.4.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 und 122 V 157 E. 1c S. 160). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf

mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 und 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin beruft sich in ihrem Einspracheentscheid vom 16. Januar 2024 sowie ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2024 auf diverse Beurteilungen ihres vertrauensärztlichen Dienstes vom 5. (VB 9 f.) und 12. April (VB 17), vom 30. Mai (VB 25 ff.), vom 15. Juni (VB 33), vom 10. Juli (VB 40 ff.) und vom 27. Dezember 2023 (VB 74) sowie zwei Stellungnahmen ihrer Vertrauensärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2023 (VB 57 ff.) und vom 9. Juli 2023 (VB 53 ff.), wobei die Beschwerdegegnerin sich hauptsächlich auf die zusammenfassende Beurteilung von Dr. med. D._____ vom 9. Juli 2023 zu stützen scheint. Dieser ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass bereits zum Zeitpunkt des Eintritts des Beschwerdeführers in das Zentrum C._____ aufgrund des vorbestehenden kombinierten neurologischen Schädigungsmusters bei Polymorbidität keine erneute Indikation für eine stationäre Rehabilitationsmassnahme bestanden habe. Insbesondere seien bereits vor dem operativen Eingriff vom 20. Dezember 2022 respektive der ersten Rehabilitation vom 13. Januar bis 3. März 2023 eine multifaktorielle Gangstörung, eine Dranginkontinenz, eine orthostatische Dysregulation, eine Polyneuropathie, eine Herzrhythmusstörungen mit der Notwendigkeit zur Schrittmacher-Implantation im Jahr 2017, multiple Lungenembolien mit Notwendigkeit zur fortgesetzten oralen Antikoagulation, chronisch-fortschreitende degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule und an grossen Extremitätengelenken mit Hüftgelenk-Ersatz rechts und Kniegelenk-Ersatz links sowie leichte kognitive Einschränkungen dokumentiert, welche sich allesamt negativ auf die Selbständigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt hätten. Teile dieser anamnestisch über Jahre fortschreitenden klinischen Auffälligkeiten würden zudem in Kombination mit den Ergebnissen einer MRI-Untersuchung vom 18. Juni 2022 auf das Bestehen eines Normaldruck-Hydrocephalus hinweisen. Nach dem operativen Eingriff vom 20. Dezember 2022 seien "keine neuen Rehabilitationsdiagnosen" beschrieben worden. Auch habe der Pflegebedarf nicht in einem leistungsrelevanten Umfang abgenommen. Die dokumentierten Verbesserungen im Rahmen des Aufenthalts im Zentrum C._____ würden im Wesentlichen das Blasen- und Darmmanagement nach Entfernung des Blasendauerkatheters und die Unterweisung des Beschwerdeführers im Selbstkatheterisieren betreffen, was für sich – ebenso wie Abklärungen die Fahreignung oder die Wohnsituation des Beschwerdeführers betreffend –

keinen stationären Rehabilitationsaufenthalt rechtfertige. Auch habe keine Indikation für ein kognitives Funktionstraining bestanden. Insgesamt sei davon auszugehen, dass seit dem Eintritt des Beschwerdeführers in das Zentrum C._____ keine "Klinikbedürftigkeit", sondern vorrangig Pflegebedürftigkeit bestanden habe, zumal der Beschwerdeführer nach wie vor vollständig auf Fremdhilfe beim Waschen des Unterkörpers angewiesen sei (VB 54 ff.).

3.2.

3.2.1.

Der Beschwerdeführer stützt sich demgegenüber auf verschiedene Beurteilungen seiner behandelnden Ärzte. Dem Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 24. März 2023 ist zu entnehmen, dass nach dem operativen Eingriff vom 20. Dezember 2022 eine hochgradige Tetraparese bestanden habe. Im Rahmen einer ersten Rehabilitation in der Zeit vom 13. Januar bis 3. März 2023 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Nach wie vor liessen sich indes elektrophysiologisch verschlechterte Potentiale objektivieren. Demgegenüber habe eine MRI-Untersuchung eine suffiziente zervikale Dekompression gezeigt, wobei sich auch weitere thorakolumbale Stenosen hätten ausschliessen lassen. Aktuell benötige der vormals selbständig mobilisierbare Beschwerdeführer neben einem Rutschbett und einem Rollstuhl umfassende Dritthilfe bei der Körperpflege. Gleiches gelte für Lagewechsel, Aufstehen und Absitzen, Gehen, Treppensteigen, dem Richten von Essen und dem Verrichten der Notdurft. Der Transfer Bett-Rollstuhl gelinge nur mit Unterstützung einer Fachperson, der Transfer Rollstuhl-Toilette benötige sogar die Hilfe von zwei Personen. Der Beschwerdeführer könne nur wenige Schritte an einer Stange gehen. Aktuell würden die Therapiebemühungen im Alters- und Pflegeheim fortgesetzt, jedoch nicht in der gewünschten intensiven Frequenz. Der Beschwerdeführer würde von einer (weiteren) stationären Rehabilitation "deutlich profitieren". Ziel seien die Wiedererlangung der Selbstständigkeit respektive der Selbstversorgung im eigenen Haushalt, die Reintegration in das soziale Umfeld, die Verbesserung der Mobilisation, der Gangsicherheit, der Motorik, der Gelenks- und Muskelfunktion sowie der neurologischen Defizite und die Reduktion der Sturzgefahr (VB 1 ff.).

3.2.2.

In einem weiteren Bericht vom 27. März 2023 hielt Dr. med. E._____ zudem fest, die postoperative MRI-Untersuchung der Wirbelsäule habe zwar eine suffiziente Dekompression gezeigt, jedoch auch eine Myelomalazie auf Höhe C4. Während der stationären Rehabilitation vom 13. Januar bis 3. März 2023 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Der Beschwerdeführer sei motiviert und engagiert gewesen. Der Transfer Bett-Rollstuhl sei mit einer Hilfsperson möglich gewesen und die Kraftlosigkeit sowie Dysbalance im Sitzen seien regredient gewesen. Ausserdem habe der Beschwerdeführer mit Hilfe und Abstützen wenige Schritte gehen

können. Einen Rückfall habe er jedoch aufgrund einer Proktitis erlitten, welche eine chirurgische Hospitalisation vom 7. bis 13. Januar 2023 notwendig gemacht habe. Klinisch hätten in der heutigen Untersuchung ein ASIA D sowie Kraftgrade M3 bis M4 und eine deutliche Ataxie der unteren Extremitäten bestanden. Gemäss Pflegeauskunft könne sich der Beschwerdeführer lediglich nach Bereitstellen einer Transferbanane selbständig in den Rollstuhl transferieren. Unterdessen könne er "mit der Physiotherapie" länger Stehen. Die Gehfähigkeit sei jedoch weiterhin nicht gegeben. Physio- und Ergotherapien würden etwa zweimal wöchentlich fortgesetzt. Insgesamt habe der Beschwerdeführer bereits deutliche Fortschritte verzeichnen können. Aktuell würden die Therapien des zurzeit noch pflegebedürftigen Beschwerdeführers im Alters- und Pflegeheim zwar fortgesetzt, erfolgten jedoch nicht in gewünschter intensiver Frequenz. Es bestehe vor diesem Hintergrund "eindeutig noch Rehapotential". Der Beschwerdeführer würde von einer stationären Rehabilitation "deutlich profitieren" können (VB 7).

3.2.3.

Im Ergebnis ähnliche Einschätzungen finden sich ferner in den Berichten respektive Stellungnahmen des Zentrums C._____ von 6. April (VB 12 ff.), vom 22. Mai (VB 19 ff.) und vom 7. (VB 30 ff.) sowie vom 23. Juni 2023 (VB 35 ff.), welche indes sämtliche nach dem Eintritt des Beschwerdeführers in das Zentrum C._____ am 13. April 2023 datieren. Zur Situation vor respektive zum Zeitpunkt des Eintritts in die stationäre Rehabilitation ist dem Schreiben von Chefarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und der Oberärztin G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Zentrum C._____, vom 22. Mai 2023 zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei aus einem Pflegeheim eingetreten, weil ein direkter Eintritt aus dem Kantonsspital B._____ nicht möglich gewesen sei und die erste Rehabilitation nicht nach querschnittslähmungsspezifischen Kriterien habe erfolgen können, weshalb diese auch "ohne deutliche Besserung der Einschränkungen" geblieben sei. Der Beschwerdeführer sei kardiopulmonal stabil gewesen. Neurologisch habe eine deutliche Kraftminderung sowohl in den oberen als auch den unteren Extremitäten bestanden. Eine MRI-Untersuchung durch das Kantonsspital B._____ vom 3. März 2023 habe bei Status nach Dekompression auf Höhe HWK5/6 ein Myelopathiesignal auf gleicher Höhe ohne abgrenzbare Myelonkompression gezeigt, welches im Vergleich zu Voruntersuchungen in den Jahren 2022 und 2023 nicht progredient imponiert habe. Ebenfalls hätten eine Bandscheiben-Extrusion im Segment LWK 2/3 mit Komprimierung der L3-Wurzel links rezessal, eine aktivierte Osteochondrose im gleichen Segment und aktivierte Spondylarthrose im Segment LWK5/SWK1 bestanden. Bereits im Rahmen früherer MRI-Untersuchungen vom 24. Oktober und vom 21. Dezember 2022 seien schwere degenerative Veränderungen C4-C6 mit Osteochondrose, Unkovertebralarthrose und Diskusprotrusionen mit Einengungen der Foramina intervertebralia mit möglichen Nervenwurzelkompressionen sowie Facettengelenksarthrosen beschrieben worden.

Diese MRI-Befunde würden aber "keinen Schluss auf den Outcome der Rehabilitation und insbesondere auf die Dysfunktion des autonomen Nervensystems" im Sinne einer negativen prognostischen Aussage erlauben. Die SCIM-Testung habe Einschränkungen im An-/Ausziehen des Unterkörpers, beim Blasen- und Darmmanagement sowie der Toilettenhygiene, beim WC-Transfer und generell in der Mobilität im und ums Haus auf ebenen Flächen mit Einschränkungen bei Transfers sowie beim Treppensteigen gezeigt. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert und habe ein starkes Eigeninteresse an einer erfolgreichen Rehabilitation. Insgesamt sei vom Bestehen eines Rehabilitationspotentials auszugehen (VB 19 ff.). Im Wesentlichen gleiche Ausführungen finden sich auch im – von Dr. med. F._____ und der Oberärztin G._____ mitunterzeichneten – Schreiben des Zentrums C._____ vom 7. Juni 2023, wobei dort insbesondere abermals angegeben wird, ein Rehabilitationspotential sei "klar ausgewiesen". Es bestehe für den Beschwerdeführer "keine gleichwertige alternative Behandlung" (VB 31). Mit – abermals von Dr. med. F._____ und der Oberärztin G._____ mitunterzeichneten – Schreiben des Zentrums C._____ vom 23. Juni 2023 wurde ergänzt, dass angesichts der komplexen Situation ambulante Mobilisierungsmassnahmen nicht genügend seien (VB 36).

4.

4.1.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin stellt die erwähnte versicherungsinterne medizinische Beurteilung von Dr. med. D._____ vom 9. Juli 2023 keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Rehabilitationspotenzials des Beschwerdeführers respektive von dessen Spitalbedürftigkeit zum Zeitpunkt des Rehabilitationseintritts (vgl. zum massgebenden Zeitpunkt vorne E. 2.3.2.) und folglich der allfälligen Leistungsansprüche des Beschwerdeführers dar. So wird die Ansicht, dass die verschiedenen dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers sich bereits vor dem operativen Eingriff vom 20. Dezember 2022 negativ auf dessen Selbständigkeit ausgewirkt hätten, weder zureichend begründet noch ergibt sich dies ohne Weiteres aus den vorhandenen medizinischen Akten. Im Gegenteil beschreiben die behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers diesen für die Zeit vor der Operation als selbständig. Eine gerichtliche Überprüfung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vor der Operation beziehungsweise dem Rehabilitationseintritt fällt ausser Betracht, weil sich in den Akten der Beschwerdegegnerin hierzu keinerlei Informationen finden. So enthalten diese im Speziellen keine Berichte aus der fraglichen Zeit vor der Operation respektive zum Zeitpunkt des Eintritts in die hier in Frage stehende Rehabilitation oder über die erste Rehabilitation vom 13. Januar bis 3. März 2023, obschon die Beschwerdegegnerin mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 20. Februar 2024 zur Edition sämtlicher Akten aufgefordert worden war. Dieser Mangel wiegt schwer, zumal sich die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin mehrfach explizit auf Untersuchungen beziehungsweise entsprechende

Berichte beruft, ohne dass diese aktenkundig wären, beziehungsweise gar selbst anführt, nicht über entsprechende Dokumentationen verfügt zu haben (vgl. bspw. die Stellungnahme vom 9. Juli 2023 mit Verweis auf eine MRI-Untersuchung vom 18. Juni 2022 in VB 55 mit der Bemerkung "Bildokumentation nicht vorliegend"). Dass der Pflegebedarf durch die hier in Frage stehenden Rehabilitationsmassnahmen nicht in einem leistungsrelevanten Umfang abnehmen könne respektive dass der Beschwerdeführer ohnehin generell pflegebedürftig gewesen sei, leitet Dr. med. D._____ ferner aus den Berichten des Zentrums C._____ über die Fortschritte der am 12. April 2023 begonnenen Rehabilitation ab, was indes gerade nicht zulässig ist, denn es ist – wie bereits dargelegt – der Gesundheitszustand *vor Beginn* der Rehabilitation massgebend. Hinzu kommt, dass die behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers in diesem Zusammenhang in grundsätzlich nachvollziehbarer Weise darauf hinweisen, dass dieser während der ersten stationären Rehabilitation aufgrund einer Proktitis vom 7. bis 13. Januar 2023 hospitalisiert werden musste und einen Rückfall erlitten habe, was von Dr. med. D._____ indes nicht berücksichtigt wird.

4.2.

Bereits diese Umstände genügen, um an der von der Beschwerdegegnerin eingeholten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. med. D._____ vom 9. Juli 2023 zumindest geringe Zweifel zu begründen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Gleiches gilt für die inhaltlich im Wesentlichen ähnliche Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 29. Mai 2023 (VB 57 ff.), in welcher zudem wiederum auf nicht aktenkundige medizinische Berichte verwiesen wird (vgl. die "aktenkundige Verlaufsdokumentation" mit Verweis unter anderem auf zwei MRI-Untersuchungen in den Jahren 2021 und 2022 in VB 59). Die weiteren von der Beschwerdegegnerin angeführten Beurteilungen ihres vertrauensärztlichen Diensts vom 5. (VB 9 f.) und vom 12. April (VB 17), vom 30. Mai (VB 25 ff.), vom 15. Juni (VB 33), vom 10. Juli (VB 40 ff.) und vom 27. Dezember 2023 (VB 74) enthalten entweder keine Angaben über die Autorenschaft (dies betrifft jene vom 5. April, vom 30. Mai, vom 15. Juni, vom 10. Juli und vom 27. Dezember 2023) oder wurden von einer Case-Managerin erstellt (dies betrifft jene vom 12. April 2023). Sie sind daher als nicht fachmedizinische Einschätzungen ungeeignet, den relevanten Sachverhalt rechtsgenügend zu erstellen, weshalb auf sie nicht weiter einzugehen ist.

4.3.

Insgesamt erweisen sich die sachverhaltlichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin damit als unzureichend, weshalb eine Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der im Zentrum C._____ in der Zeit vom 12. April bis 20. September 2023 (vgl. hierzu den Austrittsbericht des Zentrums C._____ vom 20. September 2023 in Beschwerdebeilage 3) durchgeführten stationären Rehabilitation aktuell nicht möglich ist. Daran vermögen auch die Ausführungen der

Beschwerdegegnerin zur Wirtschaftlichkeit (vgl. dazu E. 2.2.) der in Frage stehenden Rehabilitationsmassnahmen nichts zu ändern, sind doch die (mutmasslichen) Kosten einer Alternativbehandlung in keiner Weise ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin wird folglich – nach Vervollständigung ihrer Akten – weitere medizinische Abklärungen in Form der Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens im Verfahren nach Art. 44 ATSG zu tätigen haben (vgl. BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff. und Urteil des Bundesgerichts 8C_92/2018 vom 7. August 2018 E. 5.2.3), um alsdann ihre Leistungspflicht erneut zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin ist ferner angesichts der vorerwähnten ungenügenden Aktenführung darauf aufmerksam zu machen, dass sie verpflichtet ist, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug eines von ihr erlassenen Entscheids diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. Sie hat dabei alles in den Akten festzuhalten, was zur Sache gehört (BGE 124 V 372 E. 3b S. 376 und 115 Ia 97 E. 4c S. 99) und die Vollständigkeit der Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131, 8C_319/2010 E. 2.2.1). Gemäss Art. 46 ATSG sind dabei alle Unterlagen, die massgeblich sein können, systematisch (d.h. chronologisch, paginiert und in der Regel mit einem Aktenverzeichnis erschlossen) zu erfassen. Verlangt wird eine Aktenführung nach allgemeinen, sachgerechten und zweckmässigen Kriterien, welche es erlaubt, den Weg der Entscheidungsfindung nachzuvollziehen (vgl. UELI KIESER, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 5. Aufl. 2024, N. 22 f. zu Art. 46 ATSG mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131, 8C_319/2010 E. 2.2.2; vgl. ferner SVR 2016 AHV Nr. 16 S. 45, 9C_329/2016 E. 4.2). Zudem steht es nicht im Belieben der Beschwerdegegnerin, im Beschwerdeverfahren dem Gericht nur diejenigen Akten einzureichen, welche sie als notwendig und für die Beurteilung des Falles entscheidend erachtet (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1 und 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.2; mit Hinweisen unter anderem auf BGE 135 V 194 E. 3.1 S. 196, SVR 2010 ALV Nr. 2 S. 3, 8C_269/2009 E. 5.2.2). Sollten dem Versicherungsgericht in einem allfälligen weiteren Beschwerdeverfahren, in dem die Beschwerdegegnerin Partei ist, von dieser vorselektionierte, unvollständige oder nicht systematisch geführte Akten eingereicht werden, wird der allfällig dadurch verursachte Mehraufwand zu einer Kostenaufgabe führen.

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde eventualantragsgemäss teilweise gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Januar 2024 aufzuheben sowie die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

5.3.

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 13. März 2024 eine Kostennote ein, die einen Zeitaufwand von 9 Stunden und 35 Minuten zu Fr. 270.00, Barauslagen von Fr. 42.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 213.00, total Fr. 2'842.70, ausweist. Die Entschädigung im Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht richtet sich nicht nach einem Stundentarif, sondern in erster Linie nach der Bedeutung und der Schwierigkeit des Falles (von Fr. 1'210.00 bis Fr. 14'740.00; § 8a Abs. 3 i.V.m. § 3 Abs. 1 lit. b AnwT). Vor diesem Hintergrund, mit Blick auf die versicherungsgerichtliche Praxis bezüglich der Grundentschädigung in einem durchschnittlichen Beschwerdeverfahren betreffend KVG-Leistungen und unter Berücksichtigung der nicht durchgeführten Verhandlung sowie auch der weiteren Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. März 2024 kann diese Kostennote ohne Weiteres genehmigt werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in entsprechender Höhe von Fr. 2'842.70 zu bezahlen.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 16. Januar 2024 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'842.70 zu bezahlen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 7. April 2025

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Berner