

# **AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2022.207 vom 7. November 2022**

Ag Versicherungsgericht, 2022-11-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag\\_versicherungsgericht\\_VBE.2022.207](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag_versicherungsgericht_VBE.2022.207)

FR: AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2022.207 du 7 novembre 2022

IT: AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2022.207 del 7 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1976 geborene Beschwerdeführer war als Holzbauarbeiter angestellt und daher bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Gemäss "Schadenmeldung UVG" vom 12. Oktober 2020 rutschte er am 8. Oktober 2020 auf einer Werkzeugkiste stehend ab, klemmte sich den Fuss in einer Kabelrolle ein und verletzte sich dabei (Verrenkung des rechten Fussgelenks). Die Beschwerdegegnerin anerkannte hierfür ihre Leistungspflicht und erbrachte vorübergehende Leistungen. In der Folge machte der Beschwerdeführer geltend, er sei beim Ereignis vom 8. Oktober 2020 nach dem Einklemmen des Fusses noch gestürzt und leide infolge dessen auch an Beschwerden an seiner linken Schulter. Die hierfür ausgerichteten vorübergehenden Leistungen stellte die Beschwerdegegnerin – nach erfolgten Abklärungen – mit Verfügung vom 13. September 2021 per 14. Februar 2021 ein. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 4. Mai 2022 ab.

### **E. 2**

Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit seinen Beschwerden an der linken Schulter auch über den 14.02.2021 hinaus zuzusprechen.

#### **E. 2.1**

Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

#### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

#### **E. 2.3**

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf

unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

- 4 -

### **E. 3**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. B., Fachärztin für Chirurgie, vom 12. September 2021 (VB 129). Diese führte (betreffend die linke Schulter des Beschwerdeführers nach Einholung einer Zweitmeinung bei einem Radiologen [VB 131 S. 9 f.]) gestützt auf die Akten zusammengefasst aus, es seien keine Hinweise für eine unfallkausale strukturelle Läsion vorhanden. Die (weiterhin bestehenden) Schulterbeschwerden links stünden daher – wie von ihr bereits in der Stellungnahme vom 3. Februar 2021 ausgeführt – in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Oktober 2020, sondern seien auf eine vorbestehende AC-Gelenksarthrose zurückzuführen, welche aktiviert sei und Beschwerden im Sinne einer Impingementsymptomatik verursache. Die (vom behandelnden Arzt Dr. med. D., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diagnostizierte) ACG-Verletzung Rockwood Grad I entspreche einer Überdehnung der coracoacromialen Bänder, welche man im ersten MRI im November 2020 zumindest hätte sehen müssen. Es stelle sich die Frage, ob Dr. med. D. auch mit Kenntnis dieses MRI zu diesem Schluss gekommen wäre. Auch wäre eine solche Verletzung ohne Residuen nach maximal 6-8 Wochen "angeheilt". Ob der Beschwerdeführer im Rahmen des Supinationstraumas am rechten OSG wirklich zusätzlich auf die linke Schulter gestürzt sei, müsse "ausserdem auch biomechanisch hinterfragt werden". Eine Verletzung in der rechten Schulter könnte noch erklärt werden, nicht jedoch eine linksseitige. Ausserdem bestünden keine strukturellen Läsionen, die mit einem Ereignis zu erklären wären. "Passend dazu" sei, dass die Schulterbeschwerden "erst im November" erwähnt worden seien (VB 129 S. 3).

#### **E. 3.2**

Im Rahmen des Einspracheverfahrens legte die Beschwerdegegnerin das Dossier sodann (unter Beilage einer neu eingegangenen Stellungnahme des behandelnden Orthopäden [VB 138 S. 8 ff.]) Dr. med. E., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva, vor (VB 141).

In seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2021 führte dieser zusammengefasst aus, nach Durchsicht der vorliegenden MRI-Aufnahmen vom 5. November 2020 und vom 18. Februar 2021 könne er sich der von Dr. med. D. postulierten irregulären Diskusstruktur im AC-Gelenk "nicht anschliessen". Hingegen zeige sich die Gelenkkapsel des AC-Gelenkes verdickt und es finde sich eine geringe bis mässige Flüssigkeitsansammlung intraartikulär. Diese Befunde seien bei beiden MRI-Untersuchungen identisch gewesen. Es könne daher darauf geschlossen werden, dass es sich nicht um eine Verletzungsfolge, sondern um einen chronischen Prozess im Sinne einer ACG-Arthrose handle. Eine solche wäre bei der schulterbelastenden

- 5 - Tätigkeit als Zimmermann "durchaus im Lebensalter von 46 Jahren" zu erwarten. Es bestünden deutliche Hinweise auf eine Knorpelschädigung im ACG mit Ergussbildung, "aus welchen eine ACG-Arthrose überwiegend wahrscheinlich erschein[e]". Die Entwicklung einer solchen Arthrose innerhalb eines Monats nach einem Ereignis sei hingegen "nicht überwiegend wahrscheinlich". Somit könne angenommen werden, dass im Rahmen des Unfallereignisses – sofern der Beschwerdeführer dabei tatsächlich eine Schulterkontusion links erlitten habe – keine richtunggebende, sondern eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes im Sinne einer ACG-Arthrose aufgetreten sei. Bei einer AC-Gelenksverletzung Typ Rockwood I trete eine Zerrung des acromioclavicularen Bandkomplexes auf. Zu Zusammenhangstrennungen komme es dabei jedoch nicht. Die Verletzung führe also nicht zu richtunggebenden strukturellen Läsionen und heile innerhalb weniger Monate aus. Selbst wenn das Ereignis vom 8. Oktober 2020 zu einer solchen Verletzung geführt hätte, wäre diese also als vorübergehend anzusehen. Sie heile innerhalb von 3-4 Monaten aus. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild ab dem 14. Februar 2021 keine Rolle mehr gespielt hätten (VB 141).

### **E. 3.3**

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdegegnerin erneut eine Stellungnahme von Dr. med. E. ein, datierend vom 23. Juni 2022. Im Wesentlichen führte dieser darin aus, der Einschätzung von Dr. med. D., wonach am linken ACG des Beschwerdeführers keine arthrotischen Veränderungen vorlägen, müsse widersprochen werden. Die Röntgen-Panorama-Aufnahme beider Acromioclaviculargelenke vom 21. Juli 2021 zeige sowohl eine vermehrte subchondrale Sklerose "gegenüber rechts" sowie kleine zystische Veränderungen an den Gelenkflächen. Auf der rechten Seite seien hingegen "völlig glatt konturierte Gelenkflächen" dargestellt worden. Somit sei von einer vorbestehenden AC-Gelenksarthrose auszugehen. Dr. med. D. habe sodann einen Verdacht auf eine craniodorsale Rissbildung des Kapselbandapparates geäussert. Hiermit gehe dieser bloss von der Möglichkeit und nicht von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines solchen Risses aus. Zusammengefasst könne eine Rockwood I-Verletzung des linken Acromioclaviculargelenkes konstatiert werden. Die Folgen einer solchen Verletzung würden innerhalb von 3 Monaten ausheilen. Die darüber hinaus geltend gemachten Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern auf eine AC-Gelenksarthrose zurückzuführen (vgl. separate Vernehmlassungsbeilage 1).

- 6 -

### **E. 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; 125 V 351 E. 3a S. 352).

#### **E. 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 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). 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 ff.). 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 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

#### **E. 4.3**

Eine reine Aktenbeurteilung ist nicht an sich schon unzuverlässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C\_889/2008 vom 9. April 2009 E. 3.3.1 und U 224/06 vom 1. November 2007 E. 3.5; je mit Hinweisen).

#### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer bringt zusammengefasst vor, entgegen der Ansicht der Versicherungsmediziner Dr. med. B. und Dr. med. E. seien die über den 14. Februar 2021 hinaus persistierenden Beschwerden an seiner linken Schulter, wie sich aus den Beurteilungen von Dr. med. D. ergebe, nach wie vor auf das Unfallereignis vom 8. Oktober 2020 zurückzuführen. Der Beschwerdegegnerin sei es nicht gelungen, den Wegfall der Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erbringen.

- 7 -

#### **E. 5.2.1**

Den Berichten der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers ist betreffend die linke Schulter des Beschwerdeführers im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

#### **E. 5.2.2**

Gemäss Bericht über die ambulante Behandlung in der Notfallpraxis, Kantonsspital C., vom 16. Oktober 2020 erwähnte der Beschwerdeführer anlässlich der Kontrolle "auch Schmerzen in der linken Schulter, die seit dem Unfall wieder zugenommen hätten". Er habe dort "vor einem Jahr" eine Verletzung gehabt. "Nun wieder intermitt. Schmerz" (VB 18).

#### **E. 5.2.3**

Am 5. November 2020 wurde eine MR Arthrographie der linken Schulter durchgeführt. Dr. med. I., Fachärztin für Radiologie, gab in ihrer dies- bezüglichlichen Beurteilung an, es lägen ein leichtes Impingement der Supra- spinatussehne im Rahmen eines Akromion Typ II-III und einer leichten AC- Gelenksarthrose mit Tendinose der Sehne vor sowie eine leichte Bursitis subacromialis; keine Rotatorenmanschettenruptur (VB 22).

#### **E. 5.2.4**

PD Dr. med. J., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. November 2020 unter anderem eine "Schulterdistorsion links vom 08.10.2020" und führte ferner aus, es seien eine Verquellung und Reizung der Rotatorenmanschette mit Partialrupturbildung festgestellt worden, was zum Unfallgeschehen passe (VB 20).

#### **E. 5.2.5**

Die am 18. Februar 2021 durchgeführte Arthrographie der linken Schulter ergab im Bericht des Ärzteentrums F. vom selben Tag insbesondere folgende Beurteilung: "Hinweise auf AC-Gelenk-/Kapselriss sowie auch kleine Faserrisse am Ansatz des Musculus deltoideus auf gleicher Höhe, DD posttraumatisch [...]" (VB 126 S. 2).

#### **E. 5.2.6**

Dr. med. D. diagnostizierte am 27. Juli 2021 unter anderem eine "ACG- Verletzung Rockwood Grad I mit dorsalem Kapselriss und auch Anriss im Bereich der Faszie / des Trapeziusansatzes Schulter links". Post- traumatisch bestünden "immer noch" Beschwerden im Bereich des AC-Ge- lenkes bei "wohl leichtgradiger AC-Gelenksverletzung, Rockwood 1". Zu- dem bestünden ein deutlicher Erguss im Bereich des Gelenkes und der Verdacht auf eine Verletzung des Diskus. Eine höhergradige Arthrose könne in der Bildgebung (wobei das Arthro MRI Schulter links vom 18. Feb- ruar 2021 erwähnt wurde) nicht gesehen werden. Die Rotatorenmanschette

- 8 - zeige sich MR-tomografisch ohne Risskomponente und auch klinisch be- stehe hier eine gute Funktion (VB 114).

#### **E. 5.2.7**

In der von der Beschwerdegegnerin eingeholten konsiliarischen Beurtei- lung von Dr. med. L., Facharzt für Radiologie, vom 9. September 2021 zu den beiden MRI vom 5. November 2020 und vom 18. Februar 2021 führte dieser unter anderem aus, was folgt: In der ersten MRT vom 5. November 2020 sei im AC-Gelenk in den flüssigkeitssensitiven Sequenzen eine Spur Flüssigkeit nachweisbar. Die Gelenkkapsel sei etwas verdickt, wie dies im Rahmen arthrotischer Veränderungen gesehen werde. Eine weiterge- hende Verletzung sei nicht ersichtlich. In der Folgeuntersuchung vom 18. Februar 2021 hätten sich ähnliche Verhältnisse dargestellt. Die Befundverhältnisse seien im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert mit einem feinen Flüssigkeitssaum entlang der Supraspinatusmuskulatur als Hinweis für ein mögliches Impingement. Das AC-Gelenk weise eben- falls einen geringen Erguss zentral auf, wie es im Rahmen einer aktivierten Arthrose zu sehen sei. Das Ausmass der "Flüssigkeitskolektion" sei zur Voruntersuchung praktisch identisch "(entsprechend nicht traumatisch zu erklären)". Das coracoclaviculäre Ligament sei intakt. Hinweise für eine Läsion des Musculus trapezius fänden sich nicht (VB 128).

#### **E. 5.2.8**

Dr. med. D. führte in seinem Schreiben vom 19. Oktober 2021 an den damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe einen "leichten Vorfall 2018 mit beschriebener Schulterdistorsion" gehabt. In der Folge sei eine komplette Regredienz der Beschwerden eingetreten und für zwei Jahre habe eine Schmerzfreiheit bestanden. Am 8. Oktober 2020 habe sich ein erneutes Unfallereignis ereignet mit linksseitiger Schulterkontusion. Im MRI vom 5. November 2020, das ihm "heute" vorliege, sei eine deutlich aufgeweitete obere Kapsel erkennbar gewesen und es bestehe ein "Verdacht auf eine Partialruptur des superodorsalen Kapsel-Bandapparates". Deutliche arthrotische Veränderungen des AC-Gelenkes wie subchondrale Zysten oder Osteophyten würden nicht vorliegen. Somit sei die aktuelle (Schulter-)Problematik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallfolge (VB 138 S. 8).

### **E. 5.3**

Dr. med. D. gelangte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2021 zum Schluss, im AC-Gelenk fänden sich keine deutlichen arthrotischen Veränderungen (VB 138 S. 8). Demgegenüber führte Dr. med. B. die über den 14. Februar 2021 hinaus persistierenden Beschwerden an der linken Schulter des Beschwerdeführers auf eine vorbestehende aktivierte AC-Gelenksarthrose zurück (VB 129 S.3). Das Vorliegen einer solchen Arthrose wurde in der Folge vom Radiologen Dr. med. L. bestätigt. So führte dieser in seinem Bericht vom 9. September 2021 aus, das AC-

- 9 - Gelenk weise einen geringen Erguss zentral auf, wie dies im Rahmen einer aktivierten Arthrose zu sehen sei (VB 128 S. 2). Sodann wies auch Dr. med. E. in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2022 darauf hin, dass sich (an der linken Schulter) eine vermehrte subchondrale Sklerose sowie kleine zystische Veränderungen an den Gelenkflächen gezeigt hätten, während auf der rechten Seite völlig glatt konturierte Gelenkflächen zur Darstellung gekommen seien (vgl. separate Vernehmlassungsbeilage 1). Den von Dr. med. D. im Bericht vom 27. Juli 2021 festgestellten Kapselriss erachtete bereits Dr. med. B. als "nicht ganz" nachvollziehbar. Diesbezüglich führte denn auch Dr. med. L. aus, die Gelenkkapsel sei etwas verdickt, wie es im Rahmen arthrotischer Veränderungen gesehen werde, eine weitergehende Verletzung finde sich jedoch nicht (VB 128). Des Weiteren konnte Dr. med. L. in der Bildgebung auch keinen Hinweis auf eine Läsion des Musculus trapezius feststellen (VB 128; vgl. demgegenüber die [laienmedizinische] Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2022, S. 3). Was den von Dr. med. D. erwähnten Verdacht auf eine Partialruptur des superodorsalen Kapsel-Bandapparates anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass eine Verdachtsdiagnose dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C\_467/2021 vom 13. August 2021 E. 5.2, 8C\_300/2021 vom 23. Juni 2021 E. 4.2.1 und 8C\_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.1). Das Vorliegen der von Dr. med. D. gestellten Diagnose einer ACG-Verletzung Rockwood Grad I wurde von Dr. med. E. schliesslich nicht in Abrede gestellt. Diesbezüglich ging Letzterer indes davon aus, diese Verletzung führe nicht zu richtunggebenden strukturellen Läsionen (VB 141 S. 3) und heile innerhalb von 3-4 Monaten aus (VB 141 S. 4, vgl. separate Vernehmlassungsbeilage 1), weshalb davon ausgegangen werden könne, dass im Beschwerdebild ab dem 14. Februar 2021 keine Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen seien. Die Einschätzung der Versicherungsmediziner Dr. med. B. und Dr. med. E., wonach keine Hinweise für eine unfallkausale strukturelle Läsion vorhanden und die an der linken Schulter des Beschwerdeführers noch über den 14. Februar 2021 hinaus bestehenden Beschwerden auf

eine leichtgradige Impingementsymptomatik bei aktivierter AC-Gelenksarthrose zu sehen seien, ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Zudem überzeugen die Ausführungen des behandelnden Orthopäden insoweit nicht, als er Zeichen für arthrotische Veränderungen verneinte (VB 150 S. 4), obwohl bereits im MR Arthrographie Schulter links vom 5. November 2020 eine leichte AC-Gelenksarthrose festgestellt worden war (VB 22). Den Akten sind keine weiteren, anderslautenden medizinischen Einschätzungen zu entnehmen, welche gegen die nachvollziehbaren und schlüssigen versicherungsmedizinischen Einschätzungen sprechen würden. Somit ist die von der Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 4. Mai

- 10 - 2022 hinsichtlich der linksseitigen Schulterbeschwerden per 14. Februar 2021 vorgenommene Leistungseinstellung nicht zu beanstanden.

### **E. 6.1**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 6.2**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG).

### **E. 6.3**

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu. Das Versicherungsgericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Zustellung an: den Beschwerdeführer (Vertreter; 2-fach) die Beschwerdegegnerin das Bundesamt für Gesundheit 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).

- 11 - 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. November 2022 Versicherungsgericht des Kantons Aargau 1. Kammer Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: Kathriner Meier

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