

VBE.2023.232 / nb / fi

Art. 3

Urteil vom 11. Januar 2024

Besetzung

Oberrichterin Gössi, Präsidentin
Oberrichterin Fischer
Oberrichterin Peterhans
Gerichtsschreiber Battaglia

Beschwerde-
führer

A._____
vertreten durch Dr. iur. Thomas Grieder, Rechtsanwalt,
Badenerstrasse 21, Postfach, 8021 Zürich

Beschwerde-
gegnerin

Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach,
8081 Zürich Helsana

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend KVG
(Einspracheentscheid vom 30. März 2023)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die IV-Stelle des Kantons Aargau erteilte dem am tt. April 2000 geborenen Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 8. Februar 2019 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen zulasten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) vom 9. Oktober 2018 bis zum 30. April 2020 zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 209 (Mordex apertus congenitus / Mordex clausus congenitus) gemäss Anhang (der damals geltenden) GgV, welche mit Mitteilung vom 15. Oktober 2020 bis zum 31. Oktober 2020 verlängert wurde.

Die B._____ AG ersuchte die Beschwerdegegnerin, bei der der Beschwerdeführer über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verfügt, am 16. Oktober 2020 um Kostengutsprache für eine kieferorthopädische und kieferchirurgische Kombinationsbehandlung des Beschwerdeführers, welche zunächst mit Schreiben vom 26. Oktober 2020 erteilt wurde. Im Rahmen einer erneuten Prüfung ihrer Leistungspflicht widerrief die Beschwerdegegnerin die erteilte Kostengutsprache, tätigte medizinische Abklärungen, legte das Dossier ihrem beratenden Kieferorthopäden vor und lehnte mit Schreiben vom 15. März 2021 die Übernahme der Kosten der geplanten kieferorthopädischen und -chirurgischen Behandlung mangels Vorliegens des Geburtsgebrechens Ziff. 209 GgV-Anhang ab. Nachdem ein Wiedererwägungsgesuch eingegangen war, holte die Beschwerdegegnerin Stellungnahmen beratender Kieferchirurgen und -orthopäden ein und hielt verfügungsweise an der Leistungsablehnung fest. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie nach neuerlicher Rücksprache mit dem beratenden Kieferorthopäden mit Einspracheentscheid vom 30. März 2023 ab.

2.

2.1.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 16. Mai 2023 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Die Verfügung vom 14. Juni 2022 sowie der Einspracheentscheid vom 30. März 2023 seien aufzuheben.*
- 2. Es seien im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Nr. 209 die Versicherungsleistungen aus der OKP zu übernehmen.*
- 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."*

2.2.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 6. Oktober 2023 die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. März 2023 (Vernehmlassungsbeilage [VB 40]) ihre Leistungspflicht nach Art. 31 KVG für eine kieferorthopädische und kieferchirurgische Behandlung des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat.

Soweit der Beschwerdeführer auch die Aufhebung der Verfügung vom 14. Juni 2022 beantragt (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 1), ist auf die Beschwerde hingegen nicht einzutreten, da der Einspracheentscheid im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren an die Stelle der einspracheweise angefochtenen Verfügung tritt und diese mit Erlass des Einspracheentscheides jede rechtliche Bedeutung verloren hat (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_42/2016 vom 10. Juni 2016 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.

2.1.

Gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (lit. a) oder eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (lit. b), oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (lit. c).

2.2.

Die Versicherung übernimmt gemäss Art. 19a Abs. 1 KLV die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Abs. 2 bedingt sind, wenn a) die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind oder b) diese vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG, nicht aber bei der IV versicherten Person notwendig sind. Als notwendig gelten dabei nur durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlungen, die aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen werden. Hingegen hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung regelmässig nicht für Kosten von Behandlungen aufzukommen, die innerhalb dieser zeitlichen Grenze zu Lasten der Invalidenversicherung hätten durchgeführt werden können (BGE 130 V 459 E. 5.3 S. 295 und E. 5.4 S. 298).

Gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 21 KLV gelten Mordex apertus congenitus und Mordex clausus congenitus (bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen) als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 19a Abs. 1 KLV.

3.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres beratenden Kieferorthopäden Dr. med. dent. C._____. Dieser führte in seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2021 aus, nach seiner Analyse sei das Geburtsgebrechen Ziff. 209 GgV-Anhang nicht ausgewiesen. Die geplante Behandlung hätte bei Mitarbeit des Beschwerdeführers gesamthaft vor dem 20. Altersjahr durchgeführt werden können; der Zustand dessen Gebisses sei jedoch schlecht gewesen. Es habe eine sehr ungenügende Mundhygiene vorgelegen, der Beschwerdeführer sei nicht bereit gewesen, es "adäquat zu reinigen", und sei häufig nicht erschienen (VB 18/2 f.).

In der Stellungnahme vom 29. Mai 2022 verneinte Dr. med. dent. C._____ erneut das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 209 GgV-Anhang, da dieses neben dem Vorliegen eines Kieferbasenwinkels von mindestens 40 ° auch einen vertikal offenen Biss verlange. Dies sei beim Beschwerdeführer "absolut nicht der Fall"; es liege eher ein Tiefbiss vor (VB 36/2).

In der Stellungnahme vom 6. Januar 2023 hielt er zudem fest, es sei beim Beschwerdeführer kein weiteres Kieferwachstum nachgewiesen, weshalb das Kieferwachstum keinen Einfluss auf den Beginn der Behandlung gehabt habe. Die Behandlung hätte – wenn der Beschwerdeführer die notwendigen Massnahmen für eine gute Mundhygiene beachtet hätte – spätestens im 2. Quartal 2017 begonnen werden können, wobei (in Übereinstimmung mit den Angaben von Behandlern) zwei Jahre Behandlungsdauer ausgereicht hätten. Die gesamte Behandlung hätte demnach vor dem 20. Altersjahr abgeschlossen werden können, zumal der Beschwerdeführer mehrfach nicht zur Behandlung erschienen sei (VB 39/3 ff.).

4.

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).

4.2.

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilungen angeht, den versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 2.3; 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweis-

kraft 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.).

4.3.

Auch eine reine Aktenbeurteilung kann beweistauglich sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteile des Bundesgerichts 9C_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 4.2; 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1; 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine).

5.

5.1.

Der Beschwerdeführer bringt zusammengefasst vor, es bestehe eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Die Voraussetzungen zur Übernahme der Behandlungskosten des Geburtsgebrechens Nr. 209 seien erfüllt, da bei Kombination der sagittalen und vertikalen Abweichung gerade kein offener vertikaler Biss zur Erfüllung des Geburtsgebrechens verlangt werde (Beschwerde S. 8 Ziff. 12). Das Vorliegen des Geburtsgebrechens sei zudem von der IV anerkannt worden (Beschwerde S. 5, Ziff. 9). Bei frühestmöglichem Behandlungsbeginn im März 2019 sei es nicht mehr möglich gewesen, die Behandlung bis zum 20. Altersjahr abzuschliessen (Beschwerde S. 10 f., Ziff. 13). Zudem habe die Beschwerdegegnerin im Oktober 2020 zunächst Kostengutsprache erteilt, worauf diese zu behaften sei (Beschwerde S. 5, Ziff. 10).

5.2.

5.2.1.

Der aus den Art. 13 ff. IVG, Art. 27 KVG und Art. 19a Abs. 1 KLV hervorgehenden Aufteilung der Leistungszuständigkeit für die Versorgung zahnmedizinischer Geburtsgebrechen liegt der Gedanke zugrunde, dass unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit die zahnärztlichen Behandlungen im medizinisch richtigen Zeitpunkt, i.d.R. vor Vollendung des 20. Altersjahrs und somit bis zum Ende der Leistungspflicht der Invalidenversicherung, abgeschlossen werden sollen. Damit wird eine Übernahme von Erstbehand-

lungskosten durch die Trägerin der OKP nach dem 20. Altersjahr regelmässig ausgeschlossen (BGE 130 V 459 E. 3 S. 463 f.), sofern der spätere Behandlungszeitpunkt nicht ausschliesslich medizinisch motiviert ist (SVR 2012 KV Nr. 9 S. 29, 9C_357/2011 E. 3 und 6.2; ausserdem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 50/04 vom 31. März 2005 E. 2.5). Dies rechtfertigt sich nicht zuletzt deshalb, weil auch bei zahnmedizinischen Geburtsgebrechen die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt. Wurde mit der Behandlung ohne medizinische Indikation bis nach dem 20. Altersjahr zugewartet, spricht dies regelmässig dafür, dass die notwendige Schwere der Erkrankung nicht vorliegt (vgl. zum Ganzen: BGE 147 V 187 E. 5.1 S. 190).

5.2.2.

Aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers (VB 14) ergibt sich, dass am 8. Dezember 2016 über eine rund zweijährige Behandlung der Kieferfehlstellung diskutiert wurde. Das Gebiss des Beschwerdeführers weise multiple Kariesstellen auf. Bereits am 19. Januar 2017 wurde ein kombinierter Behandlungsvorschlag mit OP nach ca. 1.5 Jahren gemacht, wobei ein "Antrag bei [der] IV" gestellt werden müsse. Dem Eintrag vom 31. Januar 2017 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer ein ungepflegtes Gebiss mit sehr schlechter Mundhygiene, "Schmutzgingivitis" und diversen kariösen Zähnen aufweise. Ab dem 28. April 2017 wurden dann bis zum 13. November 2017 mehrere kariöse Zähne saniert. Auch am 9. November 2017 wurde noch über eine sehr schlechte Mundhygiene berichtet; es sei unbedingt eine Mundhygieneinstruktion notwendig. Die kieferorthopädische Behandlung könne erst angefangen werden, wenn die Mundhygiene gut sei. Diese verbesserte sich bis zum 25. Januar 2018 auf lediglich "mässig" (vgl. auch Eintrag vom 19. Februar 2018). Gemäss Eintrag vom 23. März 2018 sei diese "besser, aber noch nicht 100 %". Der Beschwerdeführer sei informiert worden, dass eine kieferorthopädische Behandlung nur beginnen könne, wenn die Mundhygiene sehr gut sei. Diese verbesserte sich dann in der Folge, präsentierte sich aber im November 2018 noch immer als nicht ausreichend. Der Beschwerdeführer reinige seine Zähne nicht regelmässig. Am 26. Februar 2019 wurde die Mundhygiene wiederum als schlecht und noch am 1. Mai 2019 als insuffizient beurteilt. Die Mundhygiene sei gemäss Eintrag vom 30. Juni 2020 seit dem 15. November 2018 unverändert. Der Beschwerdeführer zeige kein Interesse und keine Motivation. Am 29. September 2020 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei sich seiner schlechten Mundhygiene bewusst, er sage aber, er sei nicht motiviert, die Interdentalbürsten anzuwenden.

5.2.3.

Folglich steht fest, dass die Behandlung der Kieferfehlstellung aufgrund der schlechten Mundhygiene des Beschwerdeführers bzw. der vor der vorlie-

gend zu beurteilenden kieferchirurgischen-kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Kariesbehandlung nicht bis zum 20. Altersjahr durchgeführt werden konnte, was sich auch aus dem vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht von Dr. med. dent. D._____ vom 17. September 2021 ergibt. Diesem ist zu entnehmen, die Kieferfehlstellung des Beschwerdeführers sei 2017 diagnostiziert worden. Die IV habe das Geburtsgebrechen 209 anerkannt und eine Kostengutsprache für die Behandlung bis am 31. Oktober 2020 erteilt. Da aber die Mundhygiene des Beschwerdeführers ungenügend gewesen sei und noch zahlreiche kariöse Läsionen vorgelegen hätten, habe lege artis mit der kieferorthopädischen Behandlung erst am 1. September 2018 begonnen werden können. Diese kieferorthopädische Vorkoordination sei im Oktober 2020 abgeschlossen gewesen und die kieferchirurgische Weiterbehandlung (Umstellungsosteotomie) habe geplant werden können (Beilage zu VB 34 bzw. Beschwerdebeilage [BB] 9/2). Dr. med. dent. E._____ führte in seinem Bericht vom 16. April 2023 aus, es sei lege artis, dass man vor Beginn einer kieferorthopädischen Therapie zuerst allfällige kariöse Zähne versorge (Stellungnahme vom 16. April 2023 [BB 16/2]).

Der Beschwerdeführer wurde mehrfach darüber aufgeklärt, dass eine kieferorthopädische Behandlung nur beginnen könne, wenn die Mundhygiene sehr gut sei. Die dennoch ungenügende und trotz mehrfacher Hinweise auf deren Notwendigkeit für die Behandlung weiterhin vernachlässigte Mundhygiene liegt in der alleinigen Verantwortung des Beschwerdeführers, ausserhalb des Einflussbereichs des Krankenversicherers, und stellt damit keinen medizinischen Grund für die nicht abgeschlossene Behandlung vor dem 20. Altersjahr im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung (E. 5.2.1.) dar. Nach der Konzeption des Ordnungsgebers handelt es sich bei den medizinischen Gründen für einen späteren Behandlungszeitpunkt vielmehr um Konstellationen, bei denen die kieferchirurgischen Interventionen erst am Ende des Pubertätswachstums indiziert sind, welche dann Grundlage für anschliessende kieferorthopädische und restaurative Massnahmen bilden (BGE 130 V 294 E. 5.3.4 S. 297 f. mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall ergibt sich indes aus den Akten nicht, dass zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme im Dezember 2016 (VB 14) das nötige altersentsprechende Wachstum noch nicht erreicht gewesen wäre, was der Beschwerdeführer auch nicht geltend macht. Eine medizinische Indikation zur Korrektur der Kieferfehlstellung bestand nach Lage der zur Verfügung stehenden Akten somit bereits ab Behandlungsaufnahme im Dezember 2016 (VB 14) und wurde bereits zu diesem Zeitpunkt thematisiert. Dass die kieferorthopädische Therapie in der Folge aufgeschoben wurde, ist zum einen zwar – wie Dr. med. dent. E._____ ausführte (BB 16/2) – der zuvor notwendigen Kariesbehandlung zuzuschreiben, zum anderen aber primär der auch nach der Besprechung im Dezember 2016 weiterhin bestehenden ungenügenden Mundhygiene des Beschwerdeführers und dessen fehlender Motivation zur entsprechenden Anpassung geschuldet (vgl. E. 5.2.2.

hiervor). So wurde noch am 9. November 2017 und damit fast ein Jahr nach der ersten Besprechung der kieferorthopädischen Behandlung vom Dezember 2016 in der Krankengeschichte vermerkt, dass mit dieser erst begonnen werden könne, wenn die Mundhygiene gut sei. Dennoch war diese auch im März 2018 noch immer nicht ausreichend und am 15. November 2018 wurde in der Krankengeschichte festgehalten, dass der Beschwerdeführer seine Zähne nicht regelmässig reinige und seine Motivation zur Mundhygiene fraglich sei. Entsprechend musste auch am 26. Februar und 1. Mai 2019 sowie am 30. Juni und 29. September 2020 festgehalten werden, dass die Mundhygiene schlecht bzw. ungenügend sei (VB 14). Zwischen den Parteien wird übereinstimmend von einer Behandlungsdauer von zwei Jahren ausgegangen (Beschwerde S. 10 f. Ziff. 13 sowie BB 16/3; VB 39/3; VB 40/10), was bedeutet, dass die Behandlung ohne Weiteres (selbst bei allenfalls zu berücksichtigender Vorbereitungszeit zur Verbesserung der Mundhygiene und Versorgung der kariösen Zähne vor der Behandlung ab Dezember 2016) vor Erreichen des 20. Altersjahres im April 2020 (bzw. zufolge Verlängerung der Kostengutsprache davon abweichendem Ende der Leistungen der Invalidenversicherung per 31. Oktober 2020 [BB 2]) hätte durchgeführt und abgeschlossen werden können, wenn der Beschwerdeführer zu einer Verbesserung seiner Mundhygiene ab Dezember 2016 bereit gewesen wäre. So führte auch Dr. med. dent. C. _____ aus, die Behandlung hätte – wenn der Beschwerdeführer die notwendigen Massnahmen für eine gute Mundhygiene beachtet hätte – spätestens im 2. Quartal 2017 begonnen werden können (VB 39/3 ff.). Damit liegen keine medizinischen Gründe für eine Behandlung erst nach dem 20. Lebensjahr vor und die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV sind demnach nicht erfüllt. Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehren (Beschwerde S. 12, Ziff. 15 f.) zu verzichten ist (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f. mit Hinweisen).

5.3.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich ohne konkrete Ausführungen geltend macht, die Beschwerdegegnerin sei auf ihre ursprünglich erteilte Kostengutsprache (VB 2) zu behaften (Beschwerde S. 5, Ziff. 10), dringt er damit nicht durch. So fehlt im Kostengutsprachege such vom 16. Oktober 2020 beispielsweise die zur Beurteilung der Voraussetzungen zur Kostenübernahme notwendige Angabe von Kieferbasen- und ANB-Winkel (VB 1), sodass sich die am 26. Oktober 2020 erteilte Kostengutsprache im Lichte von Art. 53 Abs. 2 ATSG als zweifellos unrichtig im Sinne eines ungenügend abgeklärten Sachverhalts erweist (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_597/2019 vom 12. Dezember 2019 E. 3.1). Eine taugliche Berufung auf den Vertrauensschutz (Art. 9 BV) scheitert zudem bereits an der fehlenden, geltend gemachten nachteiligen Disposition zufolge der erteilten Kostengutsprache (vgl. BGE 137 I 69 E. 2.5.1 S. 73).

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. März 2023 eine Übernahme der zahnmedizinischen Behandlungskosten des Beschwerdeführers zu Recht verneint; die dagegen erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Angesichts dieses Verfahrensausgangs erübrigen sich Ausführungen zu den weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers.

6.2.

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

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.) keine Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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, 11. Januar 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Battaglia