

VBE.2023.301 / sb / fi

Art. 155

Urteil vom 22. Dezember 2023

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichterin Merkofer
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde-
führer

A._____
vertreten durch lic. iur. Markus Zimmermann, Rechtsanwalt,
Stadtturmstrasse 10, Postfach, 5401 Baden

Beschwerde-
gegnerin

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 22. Mai 2023)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1979 geborene Beschwerdeführer ist seit dem 1. Januar 2004 bei der B._____ AG als Betriebsmitarbeiter angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Nach Arbeiten an einer Presse am 8. September 2022 klagte er insbesondere über Beschwerden an der rechten Schulter. Mit Verfügung vom 20. Januar 2023 verneinte die Beschwerdegegnerin, der er dies mit Schadenmeldung UVG vom 15. September 2022 gemeldet hatte, ihre diesbezügliche Leistungspflicht. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 22. Mai 2023 fest.

2.

2.1.

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer am 23. Juni 2023 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

" 1.

Der Einsprache-Entscheid vom 22.05.2023 sei vollumfänglich aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen (insbesondere Taggelder und Heilkosten) zuzusprechen.

2.

Eventualiter sei die Sache zur ordnungsgemässen Abklärung des rechts-erheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 7. August 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 22. Mai 2023 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 57; vgl. auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. Januar 2023 in VB 36) gestützt auf eine Stellungnahme ihres Versicherungsmediziners Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Mai 2023 (VB 55) im Wesentlichen davon aus, dass zwar hinsichtlich der rechtseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers eine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege, diese indes vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Da es sich ferner beim Ereignis vom 8. September 2022 nicht um einen Unfall handle, was

auch vom Beschwerdeführer anerkannt werde, bestehe keine Leistungspflicht ihrerseits. Der Beschwerdeführer macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung von Dr. med. C._____ könne nicht abgestellt werden. Vielmehr seien die Befunde an seiner rechten Schulter auf das Ereignis vom 8. September 2022 und nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher leistungspflichtig.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. September 2022 unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG mit Einspracheentscheid vom 22. Mai 2023 zu Recht verneint hat. Nach Lage der Akten zu Recht nicht mehr streitig ist, dass es sich beim Ereignis vom 8. September 2022 nicht um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG handelt.

2.

2.1.

Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG; vgl. Art. 9 UVV).

2.2.

2.2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Unfallversicherung ihre Leistungen auch für Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen, sofern diese Körperschädigungen nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Damit wird der Unfallversicherer bei Vorliegen einer diagnostizierten sogenannten Listenverletzung grundsätzlich leistungspflichtig, solange er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Im Rahmen dieses Entlastungsbeweises ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam (BGE 146 V 51 E. 8 f. S. 63).

2.2.2.

Im Zusammenhang mit dem Befreiungsbeweis des Unfallversicherers stellt sich die Frage, was unter dem Begriff "vorwiegend" zu verstehen ist. Diesbezüglich bietet sich an, auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten (Art. 9 Abs. 1 UVG) zurückzugreifen (vgl. MARKUS HÜSLER, Erste UVG-Revision: Wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung,

SZS 2017 S. 34, sowie ANDRÉ NABOLD, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht [UVG], 2018, N. 44 zu Art. 6 UVG). Die vorwiegende Verursachung durch Erkrankung oder Abnützung wird nur angenommen, wenn deren Anteil aus dem gesamten Ursachenspektrum zumindest 50 % ausmacht. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für eine Listenverletzung besteht folglich lediglich dann nicht, wenn dieser den Beweis erbringt, dass die Listenverletzung zu mindestens 50 % durch Abnützung oder Krankheit verursacht worden ist. Der Nachweis gilt somit nicht bereits als erbracht, wenn eine Abnützung oder Erkrankung im Sinn einer teilkasualen Mitwirkung die unfallähnliche Körperschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mitverursacht hat. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers für eine Listenverletzung entfällt demnach nur, wenn diese zu mindestens 50 % durch Abnützung oder Krankheit verursacht worden ist, wobei an den entsprechenden Beweis strenge Anforderungen zu stellen sind (KASPAR GEHRING, in: Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], Kommentar zum KVG/UVG, 2018, N. 11 f. zu Art. 6 UVG).

2.3.

2.3.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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).

2.3.2.

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 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3a

S. 352 ff. und 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470 und 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 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 und 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.

3.1.

Aus den Akten ergibt sich im Wesentlichen folgender massgebender Sachverhalt: Der Beschwerdeführer versuchte am 8. September 2022 ein Werkstück in einer Presse auszurichten (vgl. die Unfallmeldung vom 15. September 2022 in VB 1). In der Folge beklagte er zunächst Schmerzen rechts lumbal, in der rechten Kniekehle sowie in der rechten Hüfte und nach einigen Wochen insbesondere Beschwerden an der rechten Schulter (vgl. die Einträge vom 10. Oktober und vom 2. November 2022 im Auszug aus der Krankengeschichte von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 10. November 2022 in VB 17, S. 2 und S. 4 f.). Eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter am 20. Oktober 2022 ergab einen engen Subakromialraum durch ein Akromion Typ II mit lateralem downsloping und Kontakt zur Supraspinatussehne, eine leichte Bursitis subacromialis und subdeltoidea, eine Tendinose der Supraspinatussehne mit kleiner Partialruptur am ventralen Ansatz sowie eine Tendinose der Subscapularissehne. Eine transmurale Rotatorenmanschettenruptur wurde ausgeschlossen (vgl. den Bericht von Dr. med. E._____, Fachärztin für Radiologie, vom 20. Oktober 2022 in VB 18, S. 2). Am 15. Dezember 2022 berichtete Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Klinik G._____, diagnostisch bestünden an der rechten Schulter eine subakromiales Impingement mit Tendinopathie der langen Bizepssehne, eine AC-Arthralgie sowie eine kurzstreckige footprint-nahe gedeckte transmurale Ruptur der Supraspinatussehne (VB 27, S. 1). Nach Ausschöpfung konservativer Massnahmen führte Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik G._____, am 6. März 2023 eine transarthroskopische subakromiale Bursektomie, eine Akromioplastik, eine ACG-Resektion "wie partielle Labrum-, Kapsel-(MGHL) und Synoviaresektion", eine Tenodese/Tenotomie der langen Bizepssehne und eine plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch (vgl. den Operationsbericht vom 6. März 2023 in VB 52). Mit Schreiben vom 23. März 2023 hielt Dr. med. F._____ fest, die "stattgehabte Schulterverletzung" sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen. So würden die intraopera-

tiven Bilder für eine frische Ruptur der Supraspinatussehne bei glatt berandeten Sehnenenden sprechen. Ausserdem habe sich die Sehne intraoperativ nicht langstreckig ausgedünnt und faserig ausgerissen gezeigt, wie dies bei einem chronischen Impingement der Fall wäre (VB 49, S. 1).

3.2.

3.2.1.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrem Einspracheentscheid vom 22. Mai 2023 (VB 57) in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie, vom 11. Januar 2023 (VB 30) und von Dr. med. C._____ vom 22. Mai 2023 (VB 54).

3.2.2.

Der Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 11. Januar 2023 ist zu entnehmen, dass an der rechten Schulter eine Körperschädigung vorliege, die vor dem Hintergrund der medizinischen Aktenlage (Impingement-Syndrom bei engem Subakromialraum durch ein Akromion Typ II mit lateral downsloping mit Kontakt zur Supraspinatussehne, Bursitis subacromialis und subdeltoidea, Tendinose und kleine Partialläsion der Supraspinatussehne und Tendinose der Subscapularissehne) vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei (VB 30).

3.2.3.

Der Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 22. Mai 2023 ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass der im MRI-Befund vom 20. Oktober 2022 beschriebene enge Subakromialraum entweder konstitutionell bedingt sei oder bei Höherentreten des Humeruskopfes gegen das Akromion auftreten könne. Ein solches Höherentreten geschehe nur, wenn ein erheblicher flächiger Schaden der Rotatorenmanschette vorliege, der mindestens die Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularissehne umfasse. Vorliegend bestehe aber keine grössere Schädigung der Rotatorenmanschette. Das Impingement sei hier vielmehr überwiegend wahrscheinlich auf die Form des Akromions (Typ II nach Bigliani) und ein lateral downsloping des Akromions zurückzuführen, bei dem sogar ein Kontakt zur Supraspinatussehne vorgelegen habe. Entsprechend habe Dr. med. H._____ denn auch eine operative Erweiterung des Subakromialraums durchgeführt. Die von Dr. med. H._____ intraoperativ festgestellte deutliche Vernarbung der Bursa subacromialis beziehungsweise subdeltoidea sei überwiegend wahrscheinlich auf eine (im MRI-Befund vom 20. Oktober 2022 beschriebene) chronische Entzündung der Bursa bei einem zu engen Subakromialraum zurückzuführen und sei degenerativer Natur (VB 54, S. 4). Die ebenfalls in der Bildgebung beschriebene ACG-Arthrose habe sich intraoperativ derart stark ausgeprägt gezeigt, dass Dr. med. H._____ eine ACG-Teilresektion vorgenommen habe. Dass Dr. med. H._____ ferner eine partielle Labrum-, Kapsel- und Synoviaresektion durchgeführt habe, weise auf randständige

Schäden am Labrum glenoidale und an der Kapsel hin. Bei Durchsicht der intraoperativen Fotodokumentation hätten sich denn auch als vorwiegend degenerativ zu wertende randständige Ausfransungen des Labrums finden lassen. Die von Dr. med. H._____ intraoperativ beschriebene transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bis zu den vorderen Anteilen der Infraspinatussehne bei intakter Subscapularis- und Teres-minor-Sehne würde nicht dem MRI-Befund entsprechen. Nach eigener Durchsicht sei von einer Tendinose der Supraspinatussehne am footprint auszugehen, die aufgrund der zystischen Veränderungen am Tuberculum majus im Ansatzbereich der Sehnen deutlich zu erkennen sei. Wenn eine grössere Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne mit den vorderen Anteilen der Infraspinatussehne vorgelegen hätte, dann wäre auch eine Funktionseinschränkung des Schultergelenkes zu beobachten gewesen. Aufgrund der von Dr. med. F._____ dokumentierten Beweglichkeit der rechten Schulter (Flexionsfähigkeit bis 140° und aktive Abduktion bis 130°; vgl. den Bericht von Dr. med. F._____ vom 15. Dezember 2022 in VB 27, S. 1) sei ein eher begrenztes Ausmass der Schädigung der Rotatorenmanschette anzunehmen. Entgegen der Darstellung von Dr. med. F._____ in dessen Schreiben vom 23. März 2023, wonach die Enden der Supraspinatussehne glatt berandet gewesen und keine für ein degeneratives Geschehen typischen Auffaserungen aufgewiesen hätten, seien auf den intraoperativen Fotos eine Auffaserung und Ausfransung im Bereich der Supraspinatussehne wie auch der Infraspinatussehne zu erkennen. Hinsichtlich der langen Bizepssehne seien weder den MRI-Bildern noch der intraoperativen Fotodokumentation Auffälligkeiten zu entnehmen. Zusammengefasst bestehe mit der Schädigung der Supraspinatus- respektive Infraspinatussehne eine Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 lit. f bzw. lit. g UVG. Es sei jedoch von einem vorwiegend degenerativ veränderten rechten Schultergelenk auszugehen. Der Schaden an der Rotatorenmanschette (Supraspinatus- und Infraspinatussehne) sei (daher) als degenerativ einzustufen. Die einzelnen Operationsschritte hätten denn auch vorwiegend degenerativen respektive krankhaften Veränderungen (Impingementsyndrom) gegolten (VB 54, S. 5 f.).

4.

4.1.

Aufgrund der Aktenlage erweist sich das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung, wie sie Dr. med. C._____ am 22. Mai 2023 vorgenommen hat, als Beweisgrundlage ohne Weiteres als zulässig. Insbesondere ergibt sich aus den auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhenden sowie ein vollständiges und unumstrittenes Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status vermittelnden Akten ein feststehender medizinischer Sachverhalt, womit sich weitere Untersuchungen erübrigen (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 und 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1). Die einläss-

liche Stellungnahme von Dr. med. C._____ ist zudem umfassend, berücksichtigt die massgebenden Beschwerden sowie Vorakten und ist in ihrer Beurteilung einleuchtend begründet (vgl. dazu vorne E. 2.3.1.). Sie stimmt ferner mit der fachchirurgischen Beurteilung von med. pract. I._____ vom 11. Januar 2023 (VB 30) überein, der indes noch nicht über das Schreiben von Dr. med. F._____ vom 23. März 2023, den Operationsbericht von Dr. med. H._____ vom 6. März 2023 und die intraoperative Bilddokumentation verfügte.

4.2.

Bezüglich des vom Beschwerdeführer gegen die Beurteilung von Dr. med. C._____ angeführten Schreibens von Dr. med. F._____ vom 23. März 2023 ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine Einschätzung eines Arztes auf einem nicht in dessen Fachbereich fallenden Gebiet handelt, verfügt Dr. med. F._____ gemäss dem Medizinalberuferegister des Bundesamts für Gesundheit (einsehbar unter <www.medregom.admin.ch>; zuletzt besucht am 25. Oktober 2023) doch zwar über einen Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin, nicht aber über einen solchen für Chirurgie, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates oder ein ähnliches Fachgebiet. Entsprechend ist denn auch der mit Beschwerde vom 23. Juni 2023 in Aussicht gestellte – bis heute aber nicht eingereichte – Verlaufsbericht von Dr. med. F._____ mangels Relevanz nicht abzuwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. statt vieler BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f. mit Hinweis und BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Hinzu kommt, dass Dr. med. F._____ sich in seinem Schreiben vom 23. März 2023 nicht mit sämtlichen relevanten Aspekten auseinandersetzt. So fehlt insbesondere eine Stellungnahme zu den von Dr. med. C._____ in nachvollziehbarer Weise als Hinweise für einen degenerativen Ursprung der Veränderungen im Bereich des Schultergelenks gewürdigten fehlenden grösseren Schädigung der Rotatorenmanschette und fehlenden Funktionseinschränkung des Schultergelenkes, der Form des Akromions mit Kontakt zur Supraspinatussehne, die zur operativen Erweiterung des Subakromialraums durch Dr. med. H._____ geführt hat, der auf eine chronische Entzündung der Bursa bei einem zu engen Subakromialraum zurückzuführenden Vernarbung der Bursa subacromialis beziehungsweise subdeltoidea, der stark ausgeprägten ACG-Arthrose, welche ebenfalls von Dr. med. H._____ operativ saniert wurde, den Hinweisen für randständige Schäden am Labrum glenoidale und an der Kapsel sowie der zystischen Veränderungen am Tuberculum majus im Ansatzbereich der Sehnen.

4.3.

Nach dem Dargelegten bestehen keine auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 22. Mai 2023. Diese ist damit als beweiskräftig anzusehen, zumal die weiteren (medizinischen) Akten ebenfalls keine diesbezüglichen Zweifel zu begründen vermögen (vgl. vorne E. 2.3.2.). Es ist demnach auf dessen

Schlussfolgerung abzustellen, wonach die an der rechten Schulter des Beschwerdeführers bestehende Listenerkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) vorwiegend auf degenerative Prozesse zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Beweis erbracht, dass der fragliche Gesundheitsschaden vorwiegend durch Abnutzung verursacht worden ist, womit (auch) unter dem Titel "unfallähnliche Körperschädigung" keine Leistungspflicht ihrerseits besteht (vgl. vorne E. 2.2.).

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2.

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

5.3.

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.

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, 22. Dezember 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner