

VBE.2022.49 / sb / ce

Art. 98

Urteil vom 26. September 2022

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichterin Schircks Denzler
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde-
führerin

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion
Bern, Bundesgasse 35, 3001 Bern

Beschwerde-
gegnerin

Hotela Versicherungen AG, Rue de la Gare 18, Case postale,
1820 Montreux
vertreten durch lic. iur. Lorenz Fivian, Rechtsanwalt,
Freiburgstrasse 25, Postfach, 3280 Murten

Beigeladener

A. _____

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 i.S. A. _____)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1990 geborene Beigeladene war seit November 2018 bei der B. als Koch angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Im Frühjahr 2019 teilte er dieser mit, er sei am 10. März 2019 in einer Linkskurve mit dem Trottinett auf nassem Boden ausgerutscht und mit dem linken Knie eingeknickt, als er sich zur Vermeidung eines Sturzes mit dem linken Bein abzustützen versucht habe. Dabei habe er sich am linken Knie verletzt. In der Folge anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des fraglichen Unfalls und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach weiteren medizinischen Abklärungen schloss sie den Fall mit Verfügung vom 27. August 2021 ab und stellte ihre Leistungen gestützt auf ein von ihr eingeholtes Gutachten mangels natürlicher Kausalität des Unfalls für die noch geklagten Beschwerden per 3. April 2019 ein. Die dagegen am 13. September 2021 von der Beschwerdeführerin, die im Zusammenhang mit einem vom Versicherten am 12. Oktober 2009 erlittenen Unfall mit linksseitiger Knieverletzung Leistungen nach UVG erbracht hatte, erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 ab.

2.

2.1.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

"1.

Der Einspracheentscheid der Hotela Versicherungen AG vom 5. Januar 2022 sei aufzuheben und die Hotela Versicherungen AG sei anzuweisen, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen im Nachgang an das Unfallereignis vom 10. März 2019 auch über den 3. April 2019 hinaus zu erbringen.

2.

Eventualiter sei die Kausalitätsbeurteilung mittels eines Gerichtsgutachtens genauer abzuklären."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 11. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 15. März 2022 wurde der betroffene Versicherte zum Verfahren beigeladen und ihm Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Dieser liess sich innert Frist nicht vernehmen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] A4; vgl. auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. August 2021 in VB A8) gestützt auf ein von ihr eingeholtes Gutachten von Dr. med. C., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, P., vom "22. März" (sic!; wohl Mai) 2021 (VB B5) im Wesentlichen davon aus, dass zwischen den gesundheitlichen Beschwerden des Beigeladenen nach dem 3. April 2019 und dem Ereignis vom 10. März 2019 kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) gegeben sei. Eine (weitere) Leistungspflicht ihrerseits über den 3. April 2019 hinaus bestehe daher nicht. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die gutachterliche Beurteilung könne nicht abgestellt werden. Vielmehr habe der Unfall vom 10. März 2019 zumindest im Sinne einer Teilursache zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens geführt. Die Beschwerdegegnerin sei für diese Unfallfolgen auch weiterhin leistungspflichtig.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. März 2019 mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 zu Recht per 3. April 2019 eingestellt hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2.

2.2.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein

Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 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).

2.2.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

2.2.3.

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 (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). 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 blosse 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. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen).

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, 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352).

2.3.2.

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte darf Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise

sprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 5.1.4 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Gutachten kommt somit bei Abklärungen im Leistungsbereich der Sozialversicherung überragende Bedeutung zu (UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2020, N. 13 zu Art. 44 ATSG; vgl. auch BGE 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105).

3.

3.1.

Der Beigeladene leidet seit Jahren an Beschwerden am linken Knie. So wurde im Jahr 2008 nach VKB-Ruptur erstmals eine VKB-Ersatzplastik vorgenommen (vgl. die Angaben im Sprechstundenbericht von Dr. med. D., Spital Q., vom 16. November 2009 in Beschwerdebeilage [BB] 3/8). Nach einem Sturz am 12. Oktober 2009 (vgl. die Unfallmeldung vom 29. Oktober 2009 in BB 3/2 ff.) wurden ein frisches Distorsionstrauma des linken Kniegelenks mit Re-Ruptur des vorderen Kreuzbandtransplantats links und einer eingeschlagenen Korbhenkelläsion des medialen Meniskus sowie ein Status nach VKB-Ersatzplastik links diagnostiziert und am 11. November 2009 eine Meniskussanierung und Entfernung des rupturierten VKB-Transplantats durchgeführt (vgl. den Operationsbericht von Dr. med. D. vom 16. November 2009 in VB B36; siehe ferner den Bericht von Dr. med. E., Facharzt für Radiologie, Röntgeninstitut R., vom 20. Oktober 2009 über eine MRI-Untersuchung des linken Knies gleichen Datums in BB 3/6). Am 12. April 2010 erfolgte eine VBK-Ersatzplastik (vgl. den Operationsbericht von Dr. med. D. vom 13. April 2010 in VB B35). Die Folgen eines Treppensturzes vom 15. März 2011 mit Kniegelenksdistorsionstrauma wurden konservativ behandelt (vgl. den Austrittsbericht von Dr. med. D. und Assistenzarzt Dr. med. F., Spital Q., vom 17. März 2011 in BB 3/101 f. und den Sprechstundenbericht von Dr. med. D. vom 7. April 2011 in VB 3/103 f.). Im Frühling 2014 erneut beklagte linksseitige Knieschmerzen führten ebenfalls nicht zu einem operativen Vorgehen (vgl. den Sprechstundenbericht von Dr. med. D. vom 22. April 2014 in BB 1/19 f.). Die Beschwerdeführerin anerkannte ihr Leistungspflicht für das Ereignis vom 12. Oktober 2009 (vgl. deren Schreiben an den Beigeladenen vom 15. Januar 2010 in BB 3/20) und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Letztmals übernahm sie im Juni 2014 Heilbehandlungskosten (vgl. BB 2/1 f.).

3.2.

Bezüglich des hier in Frage stehenden Ereignisses vom 10. März 2019 ergibt sich aus den Akten zusammengefasst folgender massgebender Sachverhalt: Gemäss Unfallmeldung vom 25. März 2019 (BB 1/27) rutschte der Beigeladene am 10. März 2019 in einer Linkskurve mit dem Trottinett auf nassem Boden aus und knickte mit dem linken Knie ein, als er sich zur Vermeidung eines Sturzes mit dem linken Bein abzustützen versuchte. In der Folge wurde ein Innenmeniskushinterhorn-Lappenriss links

nach Distorsionstrauma diagnostiziert und am 26. April 2019 eine Arthroskopie am linken Knie mit unter anderem einer subtotalen Meniskusresektion medial durchgeführt (vgl. den undatierten Operationsbericht von Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik S., in VB B21, sowie den Austrittsbericht von Dr. med. G. und Stationsarzt pract. med. H., Klinik S., vom 29. April 2019 in VB B20; siehe ferner den Bericht von Dr. med. I., Facharzt für Radiologie, Röntgeninstitut T., vom 21. März 2019 über eine MRI-Untersuchung des linken Knies gleichen Datums in VB B25, den Eintrag in der Krankengeschichte der Klinik S. vom 3. April 2019 in VB B23). Am 16. September 2019 erfolgte eine weitere Arthroskopie am linken Knie mit unter anderem einer VKB-Plastik-Resektion (vgl. den undatierten Operationsbericht von Dr. med. G. in VB B14) und am 17. Februar 2020 eine Re-Arthroskopie mit vorderer Kreuzbandplastik mit Quadrizepssehnenentransplantat sowie eine Tibiaosteotomie mit Tomofix-Implantat (vgl. den undatierten Operationsbericht von Dr. med. G. in VB B12).

3.3.

Die beratenden Ärzte der Beschwerdeführerin (vgl. die Einschätzung von Dr. med. J., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. Februar 2020 in VB B13) und der Beschwerdegegnerin (vgl. die Beurteilungen von Dr. med. K., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Juni 2019 in VB B18 und vom 20. Februar [VB B11] sowie vom 26. November 2020 [VB B6]) beurteilten die Frage der Bedeutung des Unfalls vom 10. März 2019 für die ab diesem Zeitpunkt vom Beigeladenen beklagten Beschwerden und durchgeführten Behandlungen gegensätzlich. Die Beschwerdegegnerin veranlasste daher in Absprache mit der Beschwerdeführerin (vgl. VB A48 f., A47 f., A31 f. und A23) eine Begutachtung des Beigeladenen durch Dr. med. C.. Dieser kam im Wesentlichen zum Ergebnis, dass der Unfall vom 10. März 2019 mit einfacher Distorsion des linken Knies einzig zu einer vorübergehenden, nicht aber zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des vorbestehenden Meniskusschadens links geführt habe, wobei "anzunehmen wäre, dass [die] Folgen [dieser Distorsion] ohne die vorbestehenden Schädigungen spätestens nach vier Wochen abgeklungen wären". Der mediale Meniskus sei bereits vor dem Unfall vom 10. März 2019 derart geschädigt gewesen, dass dem Ereignis keine zusätzliche Bedeutung zuzumessen sei (vgl. VB B5, S. 18 ff.).

4.

4.1.

Dr. med. C. führt in seinem nach persönlicher Befragung und Untersuchung vom 27. April 2021 erstatteten Gutachten aus, es habe am linken Knie des Beigeladenen eine unfallbedingte Vorschädigung bestanden (VB B5, S. 18 ff.), was im Wesentlichen – und mit Blick auf die Aktenlage zu Recht – unumstritten ist. Insbesondere seine Ausführungen den linken medialen

Meniskus betreffend lassen indes als unklar erscheinen, ob Dr. med. C. von einem aus rechtlicher Sicht zutreffenden Kausalitätsbegriff ausgeht. So ist dem Gutachten zu entnehmen, dass "der mediale Meniskus bereits vor dem Ereignis vom 10.03.2019 derart geschädigt" gewesen sei, dass dem Ereignis nicht die überwiegende Ursache an der Schädigung [...] beigegeben werden" könne und dass "die Schädigung [...] zu mehr als 50 % der vorbestehenden, den früheren Ereignissen anzulastenden Schädigung geschuldet" sei (VB B5, S. 21). Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 10. März 2019 anerkannt hat (vgl. VB A91) und ihre Leistungspflicht folglich erst entfällt, wenn der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (Erreichen des status quo sine vel ante; vgl. vorne E. 2.2.3.). Auf die Frage, ob dies beim Beigeladenen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Fall gewesen sei, findet sich im Gutachten von Dr. med. C. keine abschliessende Antwort, denn der von diesem angeführte Anteil nicht durch den Unfall vom 10. März 2019 bedingter Schädigung von 50 % lässt nicht zweifelsfrei auf den Wegfall jeglicher Bedeutung des Unfalls vom 10. März 2019 für die linksseitigen Kniebeschwerden vier Wochen nach dem fraglichen Ereignis schliessen. Auch kann daraus – und aus den weiteren Ausführungen von Dr. med. C. (VB B5, S. 18 ff.) – nicht geschlossen werden, es habe sich beim Ereignis vom 10. März 2019 um eine blosser Gelegenheitsursache gehandelt. Insbesondere lässt der Umstand alleine, dass "der initiale Schaden schicksalhaft in einem erheblichen Anteil der Fälle zu weiteren Schäden" führe (VB B5, S. 18), diesen Schluss nicht zu, denn ein Ereignis wirkt rechtsprechungsgemäss selbst dann (gegenüber dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Unfallversicherer) leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später eingetreten wäre und dieses somit lediglich hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts von Bedeutung war. Eine Gelegenheitsursache darf folglich erst angenommen werden, wenn ein Ereignis auf einen derart labilen und prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass mit einem Eintritt der Schädigung zu rechnen gewesen wäre, oder wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, so dass das Ereignis als austauschbarer Anlass erscheint und die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers nicht entsteht (vgl. zum Ganzen statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 4).

4.2.

Nach dem Dargelegten kann die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die noch über den 3. April 2019 hinaus persistierenden linksseitigen Kniebeschwerden gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. aktuell nicht abschliessend beurteilt werden. Es sind gutachterliche Präzisierungen beziehungsweise eine Ergänzung im Sinne obiger Ausführungen notwendig.

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie diese veranlasse und alsdann ihre Leistungspflicht erneut beurteile (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f. mit Hinweisen).

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 aufzuheben sowie die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2.

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

5.3.

Der Beschwerdegegnerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 5. Januar 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Zustellung an:

die Beschwerdeführerin

die Beschwerdegegnerin (Vertreter; 2-fach)

den Beigeladenen

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).

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, 26. September 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner