

**VBE.2022.272 / TR / fi**

Art. 41

**Urteil vom 19. April 2023**

Besetzung

Oberrichterin Peterhans, Präsidentin  
Oberrichterin Gössi  
Oberrichterin Merkofer  
Gerichtsschreiberin Reimann

Beschwerde-  
führer

**A. \_\_\_\_\_**,  
vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, c/o Indemnis Rechtsanwälte,  
Rain 63, 5001 Aarau 1

Beschwerde-  
gegnerin

**AXA Versicherungen AG**, General-Guisan-Strasse 40, Postfach,  
8401 Winterthur

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
(Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Der 1983 geborene Beschwerdeführer ist bei der Beschwerdegegnerin gegen die Folgen von Berufsunfällen versichert. Laut der Unfallmeldung vom 24. August 2021 verrenkte er sich am 11. August 2021 das Knie. Mit Verfügung vom 8. Dezember 2021 lehnte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus dem angezeigten Vorfall ab. Es liege weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vor. Die dagegen am 14. Januar 2022 erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022 ab.

### **2.**

#### **2.1.**

Am 25. Juli 2022 erhob der Beschwerdeführer innert der durch die Gerichtsferien verlängerten Frist Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau und beantragte Folgendes:

- "1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Juni 2022 aufzuheben, und es sei diese zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für den Unfall des Beschwerdeführers vom 11. August 2021 zu erbringen.
2. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zur Kausalität der Kniebeschwerden des Beschwerdeführers nach dem genannten Schadenereignis zu tätigen, und es sei im Anschluss daran erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin zu entscheiden.
3. Unter o/e-Kostenfolge."

#### **2.2.**

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 14. September 2022 die Abweisung der Beschwerde.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Im vorliegenden Verfahren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Blick auf das Ereignis vom 11. August 2021 zu Recht ihre Leistungspflicht mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Juni 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] A32) ablehnte. Die Beschwerdegegnerin vertritt die Ansicht, es liege kein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG vor und die Meniskusschädigung sei überwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen, womit keine entschädigungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege.

## **2.**

### **2.1.**

#### **2.1.1.**

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Der Unfallbegriff enthält somit fünf Tatbestandsmerkmale (Körperverletzung beziehungsweise Tod, äussere Einwirkung, Plötzlichkeit, fehlende Absicht und Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung; BGE 134 V 72 E. 2.3 S. 74 f.).

Nach Lehre und Rechtsprechung kann das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_783/2013 vom 10. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 134 V 72 E. 4.1 S. 76).

#### **2.1.2.**

Die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" sind gemäss der Rechtsprechung in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C\_735/2015 vom 22. Januar 2016 E. 4.3.2; LOCHER/GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 Rz. 58).

## **2.2.**

Gemäss der Unfallmeldung UVG vom 24. August 2021 hat sich der Beschwerdeführer bei der Bearbeitung der Kabelreserve in einem Hohlboden das Knie "verrenkt" (VB A1). Im Fragebogen zum Ereignis vom 11. August 2021 (VB A5 S. 1) beschrieb der Beschwerdeführer am 31. August 2021 den Vorgang wie folgt:

"Als ich im Hohlboden einer Trafostation die Kabelreserve binden wollte habe ich mir bei einer bewegung das Knie verdreht."

Die Frage, ob sich dabei etwas Aussergewöhnliches oder Unerwartetes im Bewegungsablauf ereignet habe, wie zum Beispiel ein Ausgleiten oder ein Sturz, verneinte der Beschwerdeführer (VB A5 S. 1).

Der Telefonnotiz vom 26. November 2021 (VB A15) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe ausgeführt, er müsse bei seiner Arbeit über Kabelstränge laufen, was nicht einfach sei. Die Sachbearbeiterin habe ihm entgegengehalten, (auch) dabei handle es sich im Rahmen seiner Arbeit um normale Bewegungen. "Es sei ja nicht so gewesen, dass sein Fuss beispielsweise fest mit dem Boden verankert und übertrieben gesagt sein Oberkörper 180° in die andere Richtung gedreht wurde. Er meint doch, dass sei so gewesen."

### **2.3.**

Weder der Unfallmeldung UVG noch den Angaben im Fragebogen ist eine unkoordinierte Bewegung zu entnehmen, die als "programmwidrig" zu bezeichnen ist. Explizit verneinte der Beschwerdeführer etwas Aussergewöhnliches oder Unerwartetes. Darauf ist gemäss der Rechtsprechung zu den sogenannten "Aussagen der ersten Stunde" (vgl. E. 2.1.2.) abzustellen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer bei seiner Tätigkeit über Kabelstränge gehen muss, ändert daran nichts. Er macht kein Stolpern, keinen Sturz oder sonstige programmwidrige Bewegungen geltend. Soweit er im Telefongespräch vom 26. November 2021 sinngemäss eine massive Überdrehung behauptete, ist ihm nicht zu folgen. Sie ist nicht in Einklang zu bringen mit seiner Antwort im Fragebogen vom 31. August 2021, wonach sich nichts Aussergewöhnliches oder Unerwartetes ereignet habe. Demnach erfüllt das Ereignis vom 11. August 2021 das für den Unfallbegriff erforderliche Tatbestandsmerkmal der Ungewöhnlichkeit der äusseren Einwirkung nicht, sodass die Beschwerdegegnerin zu Recht das Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG verneinte.

## **3.**

### **3.1.**

#### **3.1.1.**

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. Das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig sein (Zusatzbotschaft zur Änderung des UVG vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 Ziff. 2.2 und 7934 Ziff. 2.4).

### **3.1.2.**

Gemäss BGE 146 V 5 führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) relevant. Zu betonen ist aber, dass der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht steht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten (als Hilfsmittel bei der medizinischen Beurteilung von Knieverletzungen bietet sich etwa ein Knietrauma-Check an, publiziert in SÄZ 2016 S. 1742 ff.). Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69 f. und E. 9.2 S. 71 mit jeweils weiteren Hinweisen).

### **3.2.**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Hinsichtlich des

Beweiswerts eines Arztberichts ist massgebend, ob er 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 und nachvollziehbar sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Diesen kommt praxisgemäss jedoch 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.).

In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). Sie sind in erster Linie therapeutischen, nicht gutachterlichen Zwecken verpflichtet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_498/2010 vom 18. August 2010 E. 3.2 mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung gilt auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_316/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.3.3 mit Hinweisen).

### **3.3.**

#### **3.3.1.**

Nach dem Vorfall vom 11. August 2021 arbeitete der Beschwerdeführer weiter. Es habe sich eine Schwellung gebildet. Am 16. August 2021 habe er sich in die Hausarztpraxis des B. begeben (Fragebogen vom 31. August 2021, VB A5). Es erfolgte eine Überweisung an Dr. med. C., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z., der eine Bildgebung des rechten Knies veranlasste. Das Röntgenbild vom 24. August 2021 zeigte keine Frakturen (VB M4). Gestützt auf die Beurteilung des MRI vom 1. September 2021 (VB M7) hielt Dr. med. C. im Bericht vom 2. September 2021 (VB M1, und fortan) als Diagnose fest:

"Knochenmarködem ventromedial am medialen Tibiaplateau und geringer an der korrespondierenden Femurkondyle, Destruktion des Innenmeniskus im ventralen Anteil der Pars intermedia mit komplexem horizontal verlaufendem Riss in der Pars intermedia und im Hinterhorn mit Beteiligung der hinteren Wurzel, kleines Ganglion des Innenmeniskus in der Pars intermedia, Bakerzyste, Poplitealzyste Knie rechts bei St. n. Knie distorsions-trauma rechts am 11.08.2021"

Dr. med. D., Facharzt für Chirurgie vom medizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin, stellte in seiner Stellungnahme vom 17. November 2021 fest, der Meniskusriss sei vorwiegend (> 50 %) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (VB M10). Am 18. November 2021 lehnte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus dem Ereignis vom 11. August 2021 ab (VB A14). Dies teilte der Beschwerdeführer Dr. med. C. mit, der die Beschwerdegegnerin um nochmalige Prüfung der Angelegenheit bat (Bericht vom 26. November 2021, VB M11). Im Einspracheverfahren nahm Dr. med. E., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vom medizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin, am 17. Juni 2022 Stellung. Alle Indizien wiesen kongruent auf das Vorliegen einer älteren chronischen Meniskusschädigung hin (VB M13 S. 5).

### **3.3.2.**

Zusammenfassend argumentieren Dres. med. D. (VB M10) und E. (VB M13), der Innenmeniskusriss sei vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen. Das MRI vom 1. September 2021 zeige einen degenerativ bedingten, komplexen horizontal verlaufenden Riss des Innenmeniskus. Bei einer akuten, rein traumatischen Meniskusruptur sei das Kniegelenk schmerzhaft blockiert. Der Versicherte habe seine Tätigkeit aber fortsetzen können. Die Baker-Zyste loco typico sowie das Meniskusganglion seien weitere Hinweise für einen chronischen Knieschaden (VB M10 S. 3). Die Analyse des Schadenmechanismus', des morphologischen Schadenbilds (gemäss den Befunden von Dr. med. C. vom 1. September 2021), des funktionellen Schadenbilds (keine erhebliche initiale Beeinträchtigung, Crescendocharakter) sowie der radiologischen Bildgebung (MRI mit eindeutig chronischer, schon länger bestehender Texturstörung) zeigten, dass sämtliche Indizien kongruent auf das Vorliegen einer älteren chronischen Meniskusschädigung hinwiesen.

Unter Verweis auf die Anamnese hält Dr. med. C. dafür, dass es sich beim Ereignis vom 11. August 2021 um ein Unfallereignis handle. Der Beschwerdeführer sei zuvor beschwerdefrei gewesen. Im MRI-Bericht vom 1. September 2021 seien keine degenerativen Veränderungen erwähnt (intakter Knorpel und Knochen am Femurkondylus und Tibiaplateau medial und lateral), die beginnenden osteophytären Ausziehungen an den Patella-Rändern bzw. die beginnende leichtgradige Femoropatellararthrose wie im

Röntgen-Bericht vom 24. August 2021 beschrieben, könne er nicht erkennen. Auch müsse bei einem traumatischen Meniskusriss nicht zwingend eine Blockade vorliegen (Bericht vom 26. November 2021, VB M11).

### **3.4.**

#### **3.4.1.**

Unbestrittenermassen weist der Beschwerdeführer eine Meniskusschädigung auf. Damit liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor. Auch besteht ein initial erinnerliches und benennbares Ereignis. Folglich ist die Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig, es sei denn, sie könne den Entlastungsbeweis erbringen (vgl. E. 3.1.2.). Ob ihr dies gelungen ist, ist im Folgenden zu prüfen.

#### **3.4.2.**

Zunächst ist festzuhalten, dass es – wie in Erwägung 2. dargelegt – beim Ereignis vom 11. August 2021 zu keinen Besonderheiten im Sinne einer unkoordinierten, augenfälligen Bewegung gekommen war und somit von keinem Unfallereignis im Rechtssinne auszugehen ist. Insbesondere ist keine gewaltsame Drehung des Oberschenkels (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_81/2017 vom 2. März 2017 E. 5.3) belegt. In Übereinstimmung mit dem Extrakt mit Kernaussagen aus dem Kursbuch der ärztlichen Begutachtung 2018 (VB M14) sprechen neben dem Schadenmechanismus zunächst die fehlenden Begleitverletzungen gegen eine verletzungsbedingte Genese der Meniskusveränderungen (VB M4: gem. Röntgen keine Frakturen; VB M7: gem. MRI intakte Kreuz- und Kollateralbänder, keine Knorpeldefekte). Auch die Befunde anlässlich der Konsultation vom 1. September 2021 (VB M2: flüssiges, hinkfreies Gangbild, keine pathologischen Meniskuszeichen) stehen nicht im Einklang mit einer relevanten Kniedistorsion (VB M13 S. 4). Ferner widersprechen das funktionelle (der Beschwerdeführer unterbrach nach dem Vorfall seine Arbeit nicht und suchte erst fünf Tage später einen Arzt auf, vgl. E. 3.3.1.) und morphologische (kein synovialer Reizzustand, negative Meniskuszeichen gem. Bericht von Dr. med. C. vom 1. September 2021, VB M2) Schadensbild einer verletzungsbedingten Genese der Meniskusveränderungen. Vielmehr deuten sowohl die Bakerzyste als auch das Ganglion auf degenerative Prozesse hin, wie Dres. med. D. (VB M10 S. 3) und Dubs (VB M13 S. 5 f.) übereinstimmend ausführen. Hierzu passen auch die Befunde des MRI vom 1. September 2021 (VB M7), aus denen eine vorbestehende Texturstörung hervorgeht. Ob ein traumatischer Meniskusriss zwingend eine Blockade hervorruft, kann dabei offenbleiben.

Die Behauptung des Beschwerdeführers, Dr. med. C. gehe gestützt auf die Anamnese von einem Unfallereignis aus, ist nicht zielführend. Die Anamneseerhebung vom 1. September 2021 (VB M2) ist rudimentär. So ist nicht ersichtlich, ob Dr. med. C. den Schadenmechanismus erhob. Auch aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom



11. August 2021 beschwerdefrei gewesen sei, kann rechtsprechungsgemäss nicht geschlossen werden, dass der Meniskusriss auf das geltend gemachte Ereignis zurückzuführen ist (Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc", BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341, Urteil des Bundesgerichts 8C\_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1).

Die fachkompetenten Dres. med. D. (in VB M10) und E. (in VB M13) würdigten alle wesentlichen Aspekte (Anamnese, gesamte in den Akten liegende ärztliche Berichte, fachmedizinische Literatur). Sie gelangten in Anlehnung an den Knie Trauma-Check (vgl. E. 3.1.2.) zu einer nachvollziehbaren Schlussfolgerung. Ebenfalls begründeten sie schlüssig, warum nicht auf die abweichende Beurteilung von Dr. med. C. vom 26. November 2021 (VB M11) abgestützt werden könne. Bei dieser Beurteilung ist im Übrigen in beweisrechtlicher Hinsicht auch der Stellung von Dr. med. C. als behandelnder Arzt Rechnung zu tragen. Folglich bestehen an den versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen keine auch nur geringen Zweifel, und es ist darauf abzustellen (vgl. E. 3.2.). In antizipierter Beweiswürdigung rechtfertigen sich keine weiteren Abklärungen, da davon keine neuen anspruchsbeeinflussenden Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236; 124 V 90 E. 4b S. 94). Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die Meniskusschädigung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung zurückzuführen ist. Damit ist der Beschwerdegegnerin der Entlastungsbeweis gelungen (vgl. E. 3.1.2.).

#### **4.**

##### **4.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

##### **4.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

##### **4.3.**

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, 19. April 2023

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

2. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Peterhans

Reimann