

VBE.2024.35 / mg / bs

Art. 113

Urteil vom 23. August 2024

Besetzung	Oberrichter Kathriner, Präsident Oberrichter Roth Oberrichterin Gössi Gerichtsschreiber Güntert
-----------	--

Beschwerde- führer	A. _____ vertreten durch Rechtsanwältin Mirjam Schneider, c/o Weissberg Bütikofer Advokatur, Zentralstrasse 47, Postfach 93, 2502 Biel/Bienne
-----------------------	---

Beschwerde- gegnerin	Allianz Suisse Schadenservice , Postfach, 8010 Zürich
-------------------------	--

Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend UVG (Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023; Schaden-Nr. aaa)
------------	---

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der 1966 geborene Beschwerdeführer war seit Juni 1987 als Chauffeur angestellt und in dieser Eigenschaft bei der ELVIA Schweizerische Versicherungsgesellschaft Zürich (ELVIA; Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 4. März 1994 schaute der Beschwerdeführer unter eine klemmende Anpassrampe, als sich diese löste und den Kopf des Beschwerdeführers einklemmte. Der Beschwerdeführer erlitt dabei ein Schädelhirntrauma mit Kalottenfraktur perieto-frontal links, eine Unterkieferfraktur rechts sowie einen unfallbedingten Kreislaufstillstand mit Hypoxie/Anoxie während ca. 10 Minuten. Die ELVIA erbrachte in der Folge Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen im Zusammenhang mit dem fraglichen Ereignis. Mit Verfügung vom 27. November 1997 sprach die ELVIA dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 80 % und mit Verfügung vom 9. Dezember 1997 eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 70 % zu. Diese Verfügungen sind unangetroffen in Rechtskraft erwachsen.

1.2.

Am 12. Januar 2011 machte Hausarzt Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, im Namen des Beschwerdeführers per 12. Januar 2010 einen Rückfall (Beschwerden am Nacken) zum Ereignis vom 4. März 1994 geltend. Nach Stellungnahme ihres beratenden Arztes verneinte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 16. Februar 2011 eine diesbezügliche Leistungspflicht mangels Kausalzusammenhangs zwischen den als Rückfall gemeldeten Nackenbeschwerden und dem Ereignis vom 4. März 1994.

1.3.

Am 11. Mai 2022 ersuchte der Beschwerdeführer um Revision der Rente sowie um Zusprache einer Hilflosenentschädigung und von Pflegebeiträgen. Hinsichtlich der Invalidenrente hielt die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt mit Verfügung vom 17. Juni 2022 an der Invalidenrente von 80 % fest. Sie führte zudem aus, dass sie den Antrag auf eine Hilflosenentschädigung prüfen und zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurückkommen würde. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 ab.

2.

2.1.

Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. Januar 2024 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2023 sei insoweit aufzuheben, als damit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer keinen 80% übersteigenden Invaliditätsgrad attestiert, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 100% rückwirkend ab dem 1. Mai 2022 die entsprechende Invaliden-, respektive Komplementärrente von mindestens CHF 665.30 auszurichten.
2. Eventualiter: Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2023 sei insoweit aufzuheben, als damit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer keinen 80% übersteigenden Invaliditätsgrad attestiert und es sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anordnung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerderügen zu erlassen.

-unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -"

2.2.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 12. Februar 2024 die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Eingabe vom 21. Februar 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rentenerhöhung mit Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 119) verneint hat.

2.

2.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden 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 beziehungsweise 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 weggedacht 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).

2.1.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 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).

2.1.3.

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. Ebenso wie der Leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem 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 bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung be-

schlägt 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).

2.2.

Gemäss Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; vgl. BGE 127 V 456 E. 4b S. 457 und 118 V 293 E. 2d S. 297). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254). Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis (Grundfall) an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E. 2.2; BGE 118 V 293 E. 2c S. 296). Der Nachweis dieser Kausalität obliegt dem Leistungsansprecher. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 78 f.).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 (VB 119) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung ihrer beratenden Ärzte Dres. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 9. Februar 2011 (VB 95) sowie D._____, Facharzt für Neurologie, vom 1. Juni 2022 (VB 111).

3.2.

3.2.1.

Dr. med. C._____ hielt in seiner Aktenbeurteilung 9. Februar 2011 bezüglich vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden im Bereich des Nackens und des Schultergürtels fest, grundsätzlich bestünde kein Zweifel, dass der Beschwerdeführer im Jahre 1994 eine schwere Verletzung seines Kopfes erlitten habe. Die damals diagnostizierte Unterkieferfraktur lege nahe, dass es sich durchaus um eine Verletzung der

HWS gehandelt haben könnte. In den damaligen Akten (1994-96) fände sich allerdings hiervon keine Spur, obschon der Beschwerdeführer damals mehrmals und eingehend von Spezialisten untersucht und behandelt worden sei. So scheine damals nicht einmal ein Röntgenbild der HWS gemacht worden zu sein. Eine Rückfallmeldung sei erst im Jahre 2010 erfolgt, also 16 Jahre nach dem Unfall. Brückensymptome oder entsprechende Diagnosen fänden sich keine dokumentiert. Die heutigen Beschwerden des Beschwerdeführers hingen mit praktischer Sicherheit mit den schweren degenerativen Veränderungen der HWS und BWS zusammen (Radiologiebefund vom 28. Dezember 2010). Die sich über viele Segmente erstreckende Veränderungen sprächen stark gegen eine traumatische Genese. Die angeführten dystonen Bewegungen der Halsmuskulatur würden nicht ausreichen um derartige Veränderungen zu erklären. Da die Bewegungen sich ja auch schon seit vielen Jahren ausgewirkt haben müssten, liessen sich die erst nach 16 Jahren auftretenden Symptome damit nicht plausibel erklären (VB 95).

3.2.2.

Dr. med. D. _____ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 1. Juni 2022 fest, die Paraplegie und inkomplette Tetraplegie sei durch degenerative Veränderungen der HWS verursacht worden und sei nicht Spätfolge des Unfalls vom 4. März 1994. Wie bereits früher beurteilt seien diese degenerativen Veränderungen unfallfremd (VB 111).

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 in der Beurteilung 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.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder 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.). 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. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.3.

Beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn 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_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

5.

5.1.

Der Beschwerdeführer bringt vor, die im Juli 2021 aufgetretene Spinalkanal- und Foraminalstenose, die zu einer sensomotorisch inkompletten Tetraplegie sub C5 (AIS D) geführt habe, gehe auf den Unfall vom 4. März 1994 zurück. Er stützt sich diesbezüglich auf die Berichte von Dr. med. E._____, Facharzt für Gehirn- und Nerven Chirurgie (Neurochirurgie), Kantonsspital F._____, sowie Dr. med. G._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, H._____.

Dr. med. E._____ stellte in seinem Bericht vom 13. August 2021 (VB 109.3; vgl. auch Bericht vom 1. Oktober 2021 [VB 109.4] und vom 4. November 2021 [VB 109.5]) folgende Diagnose:

"Multisegmentale schwere Spinalkanal- und Foraminalstenose des HWS
- St. n. Unfall mit Schädelhirntrauma 1994
- Seither wiederholt Nackenschmerzen und Kraftverlust der Arme
- Aktuell: Generalisierte Muskelatrophie, proximalbetonte Armschwäche, Nackensteifigkeit, Kribbelparästhesien der Finger
- Posttraumatische, degenerative Veränderungen der HWS mit multisegmentaler, teils schwerer Spinalkanalstenose (HWK 1/2, 3/4, 5/6 und 6/7) ohne Myelopathiezeichen (soweit bei Artefakten beurteilbar). Multisegmentale foraminale Stenosen. Reizzustand HWK 1/2, DD mechanisch (MRI-HWS 31.7.2021)"

Dr. med. E._____ führte aus, es bestehe eine vorbekannte Gangunsicherheit seit dem Trauma 1994 (VB109.3 S. 1).

Dr. med. G._____ diagnostizierte im Austrittsbericht vom 4. Mai 2022 unter anderem eine sensomotorisch inkomplette Tetraplegie sub C5 (AIS D) bei schwerer Spinalkanal und Foraminalstenose (VB 109.6).

5.2.

Drs. med. C._____ und D._____ sind beratender Ärzte der Beschwerdeführerin. In beweismässiger Hinsicht sind ihre Berichte denjenigen eines

versicherungsinternen Arztes (vgl. E. 4.2. hiervor) gleichzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2).

Der behandelnde Arzt Dr. med. E._____ ging unter Bezugnahme auf das am 31. Juli 2021 durchgeführte MRI von einer posttraumatischen degenerativen Veränderung der HWS aus (VB 109.3; 109.4; 109.5). Damit liegt eine fachärztliche Beurteilung vor, die der Aktenbeurteilung von Dr. med. D._____ widerspricht. Vorliegend ist aber vor allem entscheidend, dass die Aktenbeurteilung von Dr. med. D._____ hinsichtlich einer allfälligen Unfallkausalität der Spinalkanal- und Foraminalstenose des HWS (VB 109.3; 109.4; 109.5) bzw. der sensomotorisch inkompletten Tetraplegie sub C5 (VB 109.6) in keiner Weise begründet ist (vgl. E. 3.2.2. hiervor). Damit erweist sich dessen Schlussfolgerung, die degenerativen Veränderungen seien unfallfremd, als nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 4.1. hiervor). Auch die medizinische Würdigung des Sachverhalts durch die Beschwerdegegnerin (vgl. VB 119 S. 9 f.; Vernehmlassung Rz. 2 f.) vermag daran nichts zu ändern, da dies Aufgabe der medizinischen Fachpersonen ist.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zudem auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 9. Februar 2011. Diese Aktenbeurteilung betrifft Beschwerden im Bereich des Nackens und des Schultergürtels (vgl. VB 95 S. 1) und datiert mehr als zehn Jahre vor der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit ca. Juli/August 2021 (vgl. KB 109.3 S. 1). Die Berichte der behandelnden Ärzte Dres. med. E._____ und G._____ lagen Dr. med. C._____ zeitlogisch nicht vor. Eine Auseinandersetzung mit der Spinalkanal- und Foraminalstenose des HWS (VB 109.3; 109.4; 109.5) sowie der sensomotorisch inkompletten Tetraplegie sub C5 (VB 109.6) fand darin nicht statt. Es kann daher auch nicht auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 9. Februar 2011 abgestellt werden.

5.3.

Insgesamt ist damit in Anbetracht der strengen Anforderungen an reine Aktenbeurteilungen durch versicherungsinterne medizinische Fachpersonen als Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 4.3. hiervor) nach dem Dargelegten von zumindest geringen Zweifeln an den Beurteilungen von Dres. med. C._____ und D._____ auszugehen. Der vorliegend relevante Sachverhalt erweist sich damit im Lichte der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200; 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105; 125 V 193 E. 2 S. 195; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 13 ff. zu Art. 43 ATSG) als nicht rechtsgenügend erstellt.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 (VB 119) aufzuheben und die Sache, wie eventualiter beantragt, zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen ist.

6.2.

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

6.3.

6.3.1.

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 21. Februar 2024 eine Kostennote ein, die einen Zeitaufwand von 9:20 Stunden zu Fr. 2'520.00, Barauslagen von Fr. 78.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 208.80, total somit Fr. 2'807.00, ausweist.

6.3.2.

Die Entschädigung im Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht richtet sich nicht nach einem Stundentarif, sondern in erster Linie nach der Bedeutung und der Schwierigkeit des Falles (von Fr. 1'210.00 bis Fr. 14'740.00; § 8a Abs. 3 i.V.m. § 3 Abs. 1 lit. b AnwT). Praxisgemäss beträgt die Grundentschädigung in einem durchschnittlichen Beschwerdeverfahren betreffend UVG innerhalb des genannten Tarifrähmens von § 3 Abs. 1 lit. b AnwT Fr. 3'300.00. Mit dieser Grundentschädigung sind Aktenstudium, Instruktionen, rechtliche Abklärungen, Korrespondenz und Telefonate sowie eine Rechtsschrift und die Teilnahme an einer behördlichen Verhandlung abgegolten. Hiervon erfolgt ein Abschlag gemäss § 6 Abs. 1 AnwT von 10 % aufgrund der nicht durchgeführten Verhandlung (= Fr. 2'970.00). Die zusätzliche Eingabe vom 21. Februar 2024 rechtfertigt einen Zuschlag von 5 % (= Fr. 3'135.00, § 6 Abs. 3 AnwT). Sodann hatte die Rechtsvertreterin die beschwerdeführende Partei bereits im Verwaltungsverfahren vertreten (vgl. VB 118) und damit entsprechende Aktenkenntnisse, was zu einem Abzug von 25 % führt (= Fr. 2'351.25, § 8 AnwT). Zum Honorar hinzu kommen eine Spesenpauschale von 3 % sowie die gesetzliche Mehrwertsteuer (MwSt.). Es ergibt sich damit eine Entschädigung von gerundet insgesamt Fr. 2'600.00 (inkl. Auslagen und MwSt.; vgl. § 8c AnwT).

6.3.3.

Die zuzusprechende, reine Stundenentschädigung (Honorar ohne Spesenpauschale, zuzüglich MwSt.) beträgt nach dem Dargelegten Fr. 2'529.50, was bei einem Stundenansatz von Fr. 180.00 einem Aufwand von 14 Stunden entspricht. Der von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Aufwand beträgt hingegen nur 9:20 Stunden, womit eine weitere Überprüfung der

Kostennote nicht erforderlich ist. Rechtsprechungsgemäss hat es demnach mit der hiavor dargelegten Entschädigung von Fr. 2'600.00 sein Bewenden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_386/2020 vom 24. September 2020 E. 4.1.3; 8C_278/2020 vom 17. August 2020 E. 4.3; 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.2).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'600.00 zu bezahlen.

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, 23. August 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Güntert