
S 3 U 48/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	10.
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 48/18
Datum	26.03.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 U 2078/21
Datum	18.04.2023

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.03.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte zu Recht festgestellt hat, dass die mit Verwaltungsakt vom 09.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2010 in der Fassung des Bescheides vom 09.02.2012 erfolgte Anerkennung einer somatoformen Störung und einer Anpassungsstörung als Unfallfolge rechtswidrig gewesen und daher ein rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakt erlassen worden ist und die bisher gezahlte Versichertenrente eingefroren hat.

Der 1964 geborene Kläger ist – seinen eigenen Angaben nach (Bl. 16 Verwaltungsakte) gelernter Kfz-Mechaniker und war – jedenfalls bis zum

Unfallzeitpunkt als Kalanderrührer (stv. Schichtmeister) bei der Firma I1 GmbH in B1 tätig. Am 23.05.2007 schnitt er auf einem Podest stehend eine Folie ein, die sich am Kalanderrührer um das Untermesser gewickelt hatte. Als er um 10.15 Uhr von dem Podest herabsteigen wollte, stürzte er aus ca. einem Meter Höhe (s. Unfallanzeige Bl. 3 f. VA).

Der S1 diagnostizierte sodann eine Commotio cerebri, eine Halswirbelsäulendistorsion und eine distale Radiusfraktur links Typ 23 B1 nach AO. Der linke Unterarm des Klägers wurde mit einem zirkulär gespaltenen Gips ruhiggestellt. Aufgrund der Commotio cerebri erfolgte eine stationäre Monitorüberwachung bis zum 25.05.2007 im Universitätsklinikum F1 (U1, Bl. 18 f. VA). Am 29.05.2007 wurde der Kläger erneut im U1 aufgenommen und die distale Radiusfraktur mittels winkelstabiler LCP-Platte sowie freier Zugschraube (s. Bl. 30 VA) operativ versorgt. Er wurde am 31.05.2007 arbeitsunfähig in die ambulante Weiterbehandlung entlassen (Bl. 10 f. VA). Nach zunächst komplikationslosem Heilverlauf (s. u.a. Berichte der U1 vom 19.06.2007, Bl. 30 f. VA, vom 09.07.2007, Bl. 51 f. VA, vom 21.08.2007, Bl. 68 VA) begann der Kläger am 27.08.2007 eine Arbeits- und Belastungserprobung mit zunächst vier Stunden täglich (s. Bl. 61 und Bl. 80 f. VA). Die geplante Steigerung der täglichen Arbeitszeit auf sechs Stunden war aufgrund einer vom Kläger geklagten Schmerzzunahme (Bl. 72 und 88 f. VA) nicht möglich (Bl. 112 und 117 ff. VA).

Am 25. und 26.09.2007 stellte sich der Kläger bei dem H1 vor und berichtete dort über am 24.09.2007 im ganzen linken Arm aufgetretene Schmerzen und in der Nacht zum 25.09.2007 aufgetretene Kribbelparästhesien im linken Gesicht bis in den linken Thorax, den linken Arm und den linken Oberschenkel reichend. Paresen gab er nicht an.

Ä H1 erhob einen unauffälligen neurologischen Befund, diagnostizierte dennoch eine sensible Halbseitensymptomatik links sowie differentialdiagnostisch eine cerebrale Ischämie

(Bl. 60 f. SG-Akte). Die Beschwerden in der linken Gesichtshälfte klangen in der Folgezeit wieder ab und wurden vom Kläger erst wieder ab Oktober 2008 beklagt (Bl. 300 VA).

Im November 2007 erstellte der H2 im Auftrag der Beklagten ein Rentengutachten (Bl. 123 ff. VA, Untersuchungstag: 18.10.2007). H3 beschrieb folgende Unfallfolgen: Zustand nach (Z.n.) operativ versorgter distaler Radiusfraktur links mit knöcherner Konsolidierung und noch verbliebener geringfügiger Gelenkstufenbildung, deutliche Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks und endgradige Bewegungseinschränkung bei Unterarmumwendbewegungen links, messbare Muskelverschmächtigung linker Oberarm und Unterarm, messbare Weichteilschwellung linkes Handgelenk, glaubhaft eintretende ziehende Schmerzen bei festem Zupacken, bei bestimmten Handstellungen, röntgenologisch sichtbare mäßige Kalksalzverminderung im Bereich des Handgelenkes und der Handwurzelknochen links. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger ab Anfang November wieder arbeitsfähig sein werde. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei vom Tag der Arbeitsfähigkeit bis Ende April 2008 mit 20 v.H. einzustufen. Danach sei mit einer weiteren Anpassung und Gewöhnung zu

rechnen, so dass voraussichtlich ab 01.05.2008 die MdE (nur) noch 10 v.H. betragen werde.

Im Rahmen einer am 26.11.2007 stattgehabten neurologischen Untersuchung im Neurozentrum der U1 (Bl. 154 ff. VA) fanden sich keine Anzeichen für ein komplex-regionales Schmerzsyndrom. Vielmehr wurde der V.a. ein leichtes Karpaltunnelsyndrom links festgestellt.

Am 09.01.2008 wurde beim Kläger in der U1 das einliegende Osteosynthesematerial entfernt (s. u.a. Bl. 178 f. und 187 VA), woraufhin sich sowohl die Handgelenksbeweglichkeit besserte (Extension/Flexion 55-0-60° und Supination/Pronation 85-0-60°) und sich auch die geklagten Kribbelparästhesien weitgehend zurückbildeten (Bl. 183 f. VA). Ab dem 18.02.2008 erfolgte eine erneute Arbeitserprobung (Bl. 173 VA), die jedoch wegen einer Augenoperation unterbrochen werden musste (Bl. 185 VA, s. auch Bl. 43 und Bl 82 SG-Akte). Am 31.03.2008 nahm er schließlich seine bisherige Tätigkeit vollschichtig wieder auf (s. Bl. 212 und 213 VA).

Am 26.05.2008 stellte sich der Kläger zu einer abschließenden klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle in der U1 vor und berichtete über eine Belastungsschmerzsymptomatik, die nach einer achtstündigen Arbeitsbelastung auftrete (Bl. 229 f. VA). Die klinische Untersuchung ergab u.a. eine Handgelenksbeweglichkeit links bei Extension/Flexion von 60-0-50° (rechts 70-0-55°). Fingeropposition, Faustschluss und Schlüsselgriff waren regelrecht ausführbar und die Narbenverhältnisse reizlos. Es fand sich eine diffuse Druckempfindlichkeit im gesamten linken Handgelenk. Die gefertigte Röntgenaufnahme zeigte eine beginnende Handgelenksarthrose, auf die auch die bestehenden Beschwerden zurückgeführt wurden. Eine MdE im rentenrelevanten Bereich wurde verneint, jedoch eine solche bei Verschlimmerung der arthrotischen Veränderungen mit weiterführenden funktionellen Defiziten nicht ausgeschlossen.

Im Mai/Juni 2009 erstellte S1 im Auftrag der Beklagten ein Rentengutachten sowie eine ergänzende Stellungnahme (Bl. 261 ff. und 279 ff. VA, Untersuchungstag: 08.05.2009). Als Unfallfolgen diagnostizierte er eine geringe endgradige Bewegungseinschränkung der Palmarflexion des linken Handgelenkes, eine messbare Muskelminderung des linken Ober- und Unterarmes und radiologisch sichtbare Arthrosezeichen sowie eine geringe Gelenkstufenbildung. Unfallunabhängig diagnostizierte er ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom (LWS) und eine intermittierend sensible Halbseitensymptomatik unklarer Ätiologie. Die MdE schätzte er vom 31.03.2008 bis 30.09.2008 auf 20 v.H. und ab dem 01.10.2008 dauerhaft auf 10 v.H. ein. Ab Sommer 2009 wurde der Kläger als Schichtführer eingesetzt und führte fortan keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr aus (Bl. 297 VA).

Mit Bescheid vom 09.07.2009 (Bl. 282 ff. VA) bewilligte die Beklagte dem Kläger daraufhin wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls eine vom 31.03.2008 bis 30.09.2008 zeitlich begrenzte Rente nach einer MdE von 20 v.H. und erkannte als

Folgen des Arbeitsunfalls am linken Arm einen knöchernen fest ausgeheilten Speichenbruch, eine endgradige Bewegungseinschränkung im Handgelenk, eine Muskelminderung am Ober- und Unterarm sowie arthrotische Veränderungen im Handgelenk an und lehnte gleichzeitig die Anerkennung des chronischen LWS-Syndroms und der Halbseitensymptomatik als Unfallfolge ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch (Bl. 293 VA) begründete der Kläger mit (Dauer-)Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, die auch in die Hand ausstrahlten, und dem Erfordernis der ständigen Schmerzmitteleinnahme (Bl. 298 f. VA). Diese Beschwerden seien auf die stattgehabte Schädelprellung zurückzuführen. Er legte einen Befundbericht der G1 von März 2009 vor (Bl. 300 VA), in dem diese über ein seit Oktober 2008 auftretendes geringes Kribbeln im linken Gesicht und der linken Körperhälfte, das seit Februar 2009 zugenommen habe, berichtete, eine intermittierende sensible Halbseitensymptomatik diagnostizierte und wegen der fluktuierenden Beschwerden (nunmehr) eine cerebrale Ischämie ausschloss. Gleichzeitig fand sie jedoch keine Hinweise auf eine Somatisierungsstörung, fand jedoch auch keine Erklärung für die intermittierend auftretenden Kribbelparästhesien. In einem weiteren Befundbericht von Februar 2010 diagnostizierte G1 einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel, v.a. Arzneimittalexanthem unter Lyrica und Kribbeldysästhesien im linken Gesicht (Bl. 306 VA).

Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin durch den Ärztlichen Direktor des Neurozentrums des U1 W1 fachneurologisch begutachten (Bl. 324 ff. VA, Untersuchungstag: 06.07.2010). W1 diagnostizierte auf neurologischem Fachgebiet eine Commotio cerebri am 23.05.2007, ein vorübergehendes Karpaltunnelsyndrom links (klinische Restitution nach Entfernung der Metallplatte am 09.01.2008) und ätiologisch nicht zuzuordnende Dysästhesien und Hypalgesien des linken Gesichts, der linken Halshälfte, von Thorax und Rücken (Th1-Th4) und des gesamten linken Armes. Die MdE schätzte er auf seinem Fachgebiet auf 0 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück (Bl. 342 f. VA). Hiergegen erhob der Kläger mit dem Begehren, die Halbseitensymptomatik links als Unfallfolge anzuerkennen, Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG, S 11 U 6326/10).

Vom 23.09.2010 bis 17.01.2011 befand sich der Kläger stationär in psychotherapeutischer Behandlung der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des U1 (Bl. 497 ff. VA). Dort wurde eine unfallreaktive Somatisierungsstörung bei Zustand nach Arbeitsunfall im Mai 2007 mit rezidivierenden halbseitigen Gesichtsschmerzen links, die sich im Verlauf der unfallbedingten Schmerzen erstmals entwickelt hätten, diagnostiziert. In dem Entlassungsbericht wurde ausgeführt, dass davon auszugehen sei, dass der Arbeitsunfall der Anlass für die Entwicklung der anhaltenden Schmerzen im Gesicht gewesen sei. Zusätzlich bestehe eine schwere depressive Episode und eine Anpassungsstörung.

Außerdem erlitt der Kläger einen Abriss der rechten Bizepssehne, der am 28.02.2011 operativ versorgt wurde (s. Bl. 632 und 1099 VA, s. Bl. 44 SG-Akte). Im

FrÃ¼hjahr 2011 begab er sich in psychotherapeutische Behandlung (zunÃ¤chst bei dem Z1 s. Bl. 521 VA, ab Oktober 2013 bei der K1 Bl. 623 ff., 915 f., 1041 f. VA, Bl. 1160 f. VA). Im September 2011 entwickelte er eine Unterschenkel-Thrombose, die mit Marcumar behandelt wurde (s. Bl. 406 und 461 VA).

Das SG holte schriftlich die sachverstÃ¤ndige Zeugenauskunft der Klinik fÃ¼r Psychiatrie und Psychosomatik des U1 W2 ein (Bl. 19 ff. SG-Akte S 11 U 6326/10), der vom Vorliegen von Unfallfolgen auf seinem Fachgebiet ausging.

Am 22.12.2011 trat beim KlÃ¤ger erneute ArbeitsunfÃ¤higkeit ein, woraufhin die Beklagte bis zum Ablauf der 78. Woche Verletztengeld zahlte (Bl. 560 f., 566 f. und 573 VA). Eine berufliche TÃtigkeit nahm der KlÃ¤ger seither nicht mehr auf.

Die Beklagte lieÃ den KlÃ¤ger daraufhin (erneut) fachneurologisch und (auch) psychiatrisch durch den K2 begutachten (Bl. 395 ff. VA, Untersuchungstag: 08.12.2011). Laut der von K2 erhobenen Anamnese litt der KlÃ¤ger erstmals Anfang 2010 unter psychischen BeeintrÃ¤chtigungen und begab sich erstmals im Juni 2010 in entsprechende Behandlung in die Ambulanz der psychosomatischen Klinik der U1. Als Unfallfolgen diagnostizierte K2 eine somatoforme Schmerz- sowie AnpassungsstÃ¶rung sowie ein (klinisch komplett rÃ¼ckgebildetes) leichtes Karpaltunnelsyndrom und schÃtzte die MdE auf seinem Fachgebiet auf 20 v.H.

Daraufhin Ã¤nderte die Beklagte mit Bescheid vom 09.02.2012 (Bl. 443 ff. VA) den Bescheid vom 09.07.2009 u.a. dahingehend ab, dass sie dem KlÃ¤ger fÃ¼r die Zeit vom 31.03.2008 bis 30.09.2008 eine Versichertenrente nach einer MdE von 30 v.H und ab dem 01.10.2008 bis auf Weiteres nach einer MdE von 20 v.H. gewÃhrte (VerfÃ¼gungssatz 1) sowie als weitere Unfallfolgen eine somatoforme StÃ¶rung und eine AnpassungsstÃ¶rung anerkannte (VerfÃ¼gungssatz 2). Der KlÃ¤ger zeigte sich jedoch (weiterhin) mit der RentenhÃ¶he nicht einverstanden und fÃ¼hrte den bereits anhÃngigen Rechtsstreit fort (Bl. 68 f. SG-Akte S 11 U 6326/10).

Im November 2012 wurde beim KlÃ¤ger erstmals ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert (s. Bl. 532 f. und 577 VA). Im Dezember 2012 zog sich der KlÃ¤ger eine Calcaneusfraktur (Tongue type) links zu (s. Bl. 577 und 607 f. VA).

Die Beklagte lieÃ den KlÃ¤ger sodann wiederum durch K2 begutachten (Bl. 572 ff. VA, Untersuchungstag: 19.06.2013). K2 beschrieb als Unfallfolge eine leichtgradige depressive Symptomatik mit somatoformem Schmerzsyndrom. Aufgrund des Zeitfaktors (> 2 Jahre) sei die diagnostische Bezeichnung von âAnpassungsstÃ¶rungâ in leichtgradige depressive StÃ¶rung zu Ã¤ndern. Die MdE schÃtzte er weiterhin auf 20 v.H.

Vom 30.07.2013 bis 28.10.2013 befand sich der KlÃ¤ger erneut in stationÃ¤rer psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik fÃ¼r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der U1 (Bl. 632 ff. VA, Diagnosen u.a.: unfallreaktive SomatisierungsstÃ¶rung bei Z.n. Arbeitsunfall 5/2007 mit rezidivierenden, atypischen halbseitigen Gesichtsschmerzen links, rezidivierende depressive StÃ¶rung â gegenwÃ¤rtig schwere depressive Episode -, PanikstÃ¶rung mit

Agoraphobie).

Seit 06.02.2014 bezieht der KlÄxger eine Rente wegen Erwerbsminderung (s. Bl. 86 SG-Akte).

Das SG holte daraufhin in dem Verfahren S 11 U 6326/10 ein psychosomatisches Gutachten bei N1 ein (Bl. 84 ff. SG-Akte S 11 U 6326/10, Untersuchungstag: 25.09.2014). Der SachverstÄndige diagnostizierte einen chronifizierten Gesichtsschmerz vom Typ der somatoformen SchmerzstÄllung, eine depressive StÄllung mittelgradiger AusprÄgung, eine AngststÄllung mit agoraphobischen und sozialen Ängsten und eine ZwangsstÄllung mit Zwangshandlungen. Diese Erkrankungen bestÄnden seit dem Unfall, jedoch sei lediglich die chronische SchmerzstÄllung durch das Unfallereignis ausgelÄst worden, wobei ein Verursachungszusammenhang wie z.B. bei einer posttraumatischen BelastungsstÄllung (PTBS) nicht vorliege. Es handele sich um keinen einfachen Kausalzusammenhang, sondern um eine unfallreaktive Symptomentwicklung in einem hoch spezifischen Bedingungs-zusammenhang, bei dem das physikalische Unfallereignis, die psychosozialen UmstÄnde und insbesondere die soziale Position des KlÄxgers im Betrieb sowie die persÄnlichkeitsbedingten VulnerabilitÄten erst im Zusammenspiel krankheitsausLsend wirksam geworden seien. Die Krankheitsfolgen seien ohne die persÄnlichkeitsbedingten Kognitionen, Bewertungen und Verarbeitungen nicht denkbar. Die Schwere des Unfalls selbst sei nicht geeignet, diese Krankheitsfolgen zu verursachen. FÄr die psychogene SymptomausLsung in Form der somatoformen SchmerzstÄllung und die dadurch bedingten Anpassungsprobleme mit klinischer Relevanz (AnpassungsstÄllung) sei eine MdE von 20 v.H. begrÄndet.

Mit Gerichtsbescheid vom 30.01.2015 wies das SG die Klage ab (Bl. 108 ff. SG-Akte S 11 U 6326/10). Die daraufhin beim Landessozialgericht Baden-WÄrttemberg (LSG) erhobene Berufung (L 8 U 1022/15) nahm der KlÄxger spÄter zurÄck.

Vom 29.04.2015 bis 14.07.2015 befand sich der KlÄxger erneut in stationÄrer psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik fÄr Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der U1 (Bl. Ä 835 ff. VA). Die im Rahmen dieses Aufenthalts gestellten Diagnosen entsprechen denjenigen, die bereits im Rahmen der stationÄren Behandlung von Juli bis Oktober 2013 gestellt worden waren.

Im April 2016 lieÄ die Beklagte den KlÄxger zur NachprÄfung der MdE erneut von S1 begutachten (Bl. 987 ff. VA, Untersuchungstag: 06.04.2016). S1 diagnostizierte als Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet eine Radiokarpalarthrose bei konsolidierter distaler Radiusfraktur Typ 23 B2 nach AO links mit Z.n. Plattenosteosynthese und Z.n. Metallentfernung mit endgradig eingeschrÄnkter Beweglichkeit insbesondere der Palmarflexion sowie eine Muskelminderung des linken Unterarms und schÄtzte die MdE auf seinem Fachgebiet weiterhin auf 10 v.H. ein.

Die Beklagte holte ein weiteres Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bei D1 (Bl. 1090 ff. VA) und ein testpsychologisches Zusatzgutachten S2

ein (Bl. 1012 ff. VA).. S2 fand in einem Beschwerdevalidierungsverfahren (Test of Memory Malingering – TOMM – von Tombaugh) deutliche Hinweise auf mangelnde Leistungsbereitschaft und ging von Aggravations-, wenn nicht sogar Simulationstendenzen beim Kläger aus. D1 fand zum Untersuchungszeitpunkt (16.06.2016) keine objektivierbaren neurologischen Auffälligkeiten. Allerdings beschrieb der Kläger im Bereich der linken Kopfhälfte, der linken Halsseite und im Bereich des linken Vorfußes eine Herabsetzung des Berührung- bzw. Schmerzempfindens. Elektrophysiologisch zeigten sich Hinweise für ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom links. Den psychischen Befund beschrieb er im Wesentlichen unauffällig. Er verneinte das Vorliegen eines depressiven Syndroms. Insgesamt seien keine objektivierbaren Folgen des Arbeitsunfalls vom 23.05.2007 mehr nachweisbar. Auch lasse sich die Somatisierungsstörung zehn Jahre nach dem stattgehabten Unfall nicht mehr als Folge einer distalen Radiusfraktur werten. Vielmehr sei zum Untersuchungszeitpunkt von einer mangelnden Mithewaltung sowie Aggravation, möglicherweise auch Simulation auszugehen. Eine MdE als Folge des Arbeitsunfalles vom 23.05.2007 lasse sich nicht wahrscheinlich machen.

Die Beklagte holte daraufhin die (weitere) Stellungnahme W3 vom 29.05.2017 ein, die sich der Auffassung des D1 anschloss, dass beim Kläger derzeit – zehn Jahre nach dem Unfallereignis – keine psychischen Unfallfolgen (mehr) zu eruieren seien.

Mit Schreiben vom 28.06.2017 (Bl. 1171 f. VA) harte die Beklagte den Kläger gem. [§ 24](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zur beabsichtigten Einfrierung des monatlichen Rentenzahlungsbetrags auf 736,49 € – auf unbestimmte Zeit an, da die Beschwerden auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet zu Unrecht als Unfallfolgen anerkannt worden seien und der Verwaltungsakt vom 09.02.2012 somit als rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nach [§ 45 SGB X](#) zu werten sei. Da der Kläger auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut habe und sein Vertrauen schutzwürdig sei, dürfe dieser jedoch nicht zurückgenommen werden. Daher sei die Rentenhöhe gem. [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) einzufrieren. Der Kläger führte daraufhin aus, dass bislang nur D1 den Ursachenzusammenhang verneint habe, weshalb ein weiteres psychosomatisches Gutachten eingeholt werden solle (Bl. 1181 f. VA).

Mit Bescheid vom 07.09.2017 (Bl. 1175 ff. VA) stellte die Beklagte sodann fest, dass die mit Verwaltungsakt vom 09.07.2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2010 und dem Bescheid vom 09.02.2012 anerkannte somatoforme Störung und Anpassungsstörung auf einer fehlerhaften Beurteilung der Zusammenhangsfrage beruhe und daher ein rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakt erlassen worden sei, der jedoch gem. [§§ 45, 48 SGB X](#) nicht mehr zurückgenommen werden könne (Verfugungssatz 1). Die bisher gezahlte Versichertenrente werde in Höhe von monatlich 736,49 € gem. [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) auf unbestimmte Zeit eingefroren und damit von künftigen Rentenanpassungen gem. [§ 95 SGB VII](#) ausgenommen (Verfugungssatz 2). Den hiergegen erhobenen Widerspruch (Bl. 1201 ff. VA) wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06.12.2017 zurück (Bl. 1207 ff. VA).

