L 10 R 124/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 R 12/12
Datum
29.11.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 124/13
Datum
09.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 29.11.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung streitig.

Der 1976 geborene Kläger, der seit 12.05.2009 arbeitsunfähig bzw. arbeitslos ist, beantragte am 02.07.2010 die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung. Im Zuge der daraufhin veranlassten Begutachtung durch Dr. R. , Facharzt für Orthopädie, empfahl dieser wegen Restbeschwerden der Lendenwirbelsäule bei Zustand nach Versteifungsoperation L5/S1 ein stationäres medizinisches Heilverfahren. Im Entlassungsbericht über das daraufhin im Herbst 2010 durchgeführte stationäre Heilverfahren in der T. Bad K. wurden die Diagnosen einer chronischen Lumboischialgie bei Zustand nach Operationen Januar 2004 und Februar 2010, Adipositas, Hypertriglyzeridämie sowie eine arterielle Hyptertonie gestellt. Der Kläger könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im zeitlichen Umfang von sechs Stunden und mehr täglich ausüben.

Hierauf gestützt lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 18.11.2010 ab. Im Widerspruchsverfahren veranlasste sie eine weitere Begutachtung durch Dr. R ... Dieser diagnostizierte ein chronisch rezidivierendes Lendenwirbelsäulensyndrom bei Zustand nach Versteifungsoperation L5/S1 im Februar 2010 sowie einen medikamentös eingestellten Bluthochdruck. Angesichts einer mäßig ausgeprägten Funktionseinbuße infolge der Wirbelsäulenbeschwerden könne der Kläger noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden und mehr ausüben; dies unter Vermeidung lang andauernder Zwangshaltung der Wirbelsäule, Überkopfarbeiten sowie Heben oder Tragen von Lasten über acht bis zehn Kilogramm. Mit Widerspruchsbescheid vom 09.12.2011 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 30.12.2011 Klage zum Sozialgericht Freiburg erhoben. Das Gericht hat die Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. D. hat sich zu einer Leistungsbeurteilung außer Stande gesehen; in einem beigelegten Befundbericht vom April 2012 hat sie beim Kläger eine leichte depressive Episode auf dem Boden einer Dysthymie sowie einen sekundären Alkohol¬abusus diagnostiziert. Dr. K. , Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie hat mitgeteilt, zum Zeitpunkt der letzten Vorstellung im Juni 2012 sei der Kläger wegen Kniegelenksbeschwerden noch arbeitsunfähig gewesen, nach Therapie dürfte er dann aber in der Lage sein, einer körperlich leichten Berufstätigkeit im Umfang von sechs Stunden nachzukommen. Der Hausarzt Dr. S. hat keine zeitliche Einschränkung des Leistungsvermögens auf unter sechs Stunden angekommen. Der Kläger hat weiterhin den Bericht von Dr. K. , Chefarzt der H.-R. -Klinik Breisach, über eine im August 2012 durchgeführte ambulante Arthroskopie des rechten Kniegelenks vorgelegt. Mit Urteil vom 29.11.2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die sachverständigen Zeugen hätten im Wesentlichen die Einschätzung des Leistungsvermögens im Gutachten von Dr. R. sowie im Entlassungsbericht vom Herbst 2010 bestätigt und eine körperlich leichte Berufstätigkeit im Umfang von mindestens sechs Stunden arbeitstäglich nicht ausgeschlossen.

Gegen das dem Kläger am 12.12.2012 zugestellte Urteil hat dieser am 08.01.2013 Berufung eingelegt und unter Vorlage eines Entlassungsberichts der H.-R. -Klinik B. vom Januar 2013 mit den Diagnosen eines Knorpelschadens des femoralen Gleitlagers sowie einer

rezidivierenden Luxation der Patella, jeweils rechts, Beeinträchtigungen auf orthopädischem und weiterhin auf psychiatrischem Gebiet geltend gemacht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 29.11.2012 und den Bescheid der Beklagten vom 18.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.12.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung im Wesentlichen auf die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts sowie auf den vorgelegten Entlassungsbericht des Hauses R. und Tagesklinik O. vom Dezember 2013 über die stationäre medizinische Rehabilitation des Klägers im Zeitraum vom 27.08.2013 bis 10.12.2013 (Diagnosen: Alkoholabhängigkeit, rezidivierende depressive Störung, zuletzt weitgehend remittiert, abgeklungene Fettleberhepatitis, lumbale OP bei degenerativer Instabilität L5/S1 2/2010, Zustand nach Bandscheiben-OP, Retropatellararthrose rechts bei Zustand nach Patellaluxation bei mehrfachen Knieeingriffen) und das dort festgestellte Leistungsvermögen von arbeitstäglich sechs Stunden und mehr für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit weiteren qualitativen Einschränkungen (im Wechselrhythmus mit nur zeitweise stehender oder gehender Tätigkeit, Vermeidung von Tätigkeiten mit Wirbelsäulen- und Nachtschichttätigkeiten, von kniegelenksbelastenden Zwangshaltungen, insbesondere Tätigkeiten in der Hocke und Tätigkeiten mit sehr wechselnden Arbeitszeiten).

Zu den Akten ist ferner ein Kurzbrief der Klinik für Suchtmedizin E. (ZfP E.) vom Februar 2014 (Diagnosen u.a.: psychische und Verhaltungsstörungen durch Alkohol in Gestalt von Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom) gelangt.

Der Senat hat von Amts wegen eine Begutachtung auf nervenärztlichem Fachgebiet durch Dr. B. , Arzt für Neurologie und Psychiatrie veranlasst. Dr. B. hat in seinem Gutachten, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers im September 2014, bei diesem u. a. vielschichtige Persönlichkeitsakzentuierungen bei gleichzeitig einfach strukturierten Persönlichkeitszügen, eine Alkoholabhängigkeit mit glaubwürdig berichteter Karenz seit knapp acht Wochen nach erneuter stationärer Entgiftung ohne Anhalt für etwaige neurologische oder psychopathologische Folgeschäden, eine anklingende agoraphobische Symptomatik, eine inhaltsabhängig dysthyme Verstimmung, Adipositas, belastungsabhängige LWS-Beschwerden sowie Arthrosebeschwerden im rechten Knie diagnostiziert und keine Anhaltspunkte für neurologische Komplikationen bei bekanntem medikamentös behandelten Diabetes mellitus gesehen. Auch in Zusammenschau mit den auf anderen Fachgebieten vorliegenden Störungen bzw. Erkrankungen würden sich aus nervenärztlichem Blickwinkel keine Anhaltspunkte für eine quantitative Leistungseinschränkung für körperlich leichte bis zum Teil mittelschwere Tätigkeiten ergeben. Diese sollten nur zu ebener Erde, nicht an unmittelbar gefährdenden Maschinen, ohne anhaltende Zwangshaltungen, ohne überdurchschnittlich fordernde und soziale Aktionen, ohne besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit, ohne andere Stressfaktoren wie Nacht- oder Wechselschicht sowie direktem Publikumsverkehr, ohne Zeitdruck und ohne besondere nervöse Anspannung ausgeübt werden.

Im Juni und Juli 2014 ist ein stationärer Aufenthalt des Klägers im A. -Klinikum K. erfolgt. Dort sind die Diagnosen einer Alkoholkrankheit sowie einer chronischen Depression ge¬stellt worden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 18.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.12.2013 ist rechtmäßig. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung noch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Rechtsgrundlage für die hier begehrte Rente wegen Erwerbsminderung ist in erster Linie § 43 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI). Danach haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser (Abs. 1 Satz 1 der Regelung) bzw. voller (Abs. 2 Satz 1 der Regelung) Erwerbsminderung, wenn sie - unter anderem - teilweise bzw. voll erwerbsgemindert sind.

Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sind teilweise erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI sind voll erwerbsgemindert Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

Nach § 240 Abs. 1 SGB VI haben Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfähig sind.

Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen für eine derartige Rente nicht, weil er - was ein Anspruch nach § 43 SGB VI angelangt - zumindest noch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung weiterer qualitativer Einschränkungen mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann. Dies entnimmt der Senat den Gutachten von Dr. B. und Dr. R. sowie dem Entlassungsbericht des Hauses R. und

Tagesklinik O ... Zu vermeiden sind - über die Einschränkung auf leichte Tätigkeiten hinaus - danach Tätigkeiten mit Wirbelsäulen- und Nachtschichttätigkeiten, kniegelenksbelastende Zwangshaltungen, Tätigkeiten in der Hocke, Tätigkeiten mit sehr wechselnden Arbeitszeiten, an unmittelbar gefährdenden Maschinen, in anhaltenden Zwangshaltungen, mit überdurchschnittlich fordernden sozialen Interaktionen oder besonderen Anforderungen an die Konfliktfähigkeit, Nacht- oder Wechselschicht, im direkten Publikumsverkehr, unter Zeitdruck und unter besonderer nervöser Anspannung sowie solche, die ein mehr als nur zeitweises Stehen oder Gehen erfordern. Ein Anspruch nach § 240 SGB VI scheidet bereits deshalb aus, weil der Kläger nach dem 01.01.1961 geboren ist.

Der Kläger leidet schwerpunktmäßig an Erkrankungen auf orthopädischem und nervenärztlichem Gebiet.

Auf orthopädischem Gebiet liegen beim Kläger belastungsabhängige LWS-Beschwerden bei Zustand nach lumbaler Bandscheiben-Operation 2004 sowie lumbaler Versteifungsoperation L5/S1 2010 sowie eine Retropatellararthrose im rechten Knie bei Zustand nach Patellaluxation und mehrfachen Knieeingriffen vor. Quantitative Leistungseinschränkungen ergeben sich hieraus nicht. Vielmehr kann den hieraus resultierenden Beschwerden mit den bereits genannten qualitativen Einschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden.

So ist im Entlassungsbericht der H.-R. -Klinik B. vom Januar 2013 über den zuletzt stattgehabten Eingriff am rechten Knie über einen komplikationslosen Verlauf berichtet worden. Es ist eine Teilbelastung nach zwei Wochen und eine anschließende (schmerzlimitierte) Vollbelastung des Knies unter Verwendung einer Orthese mit Beugelimit für weitere sechs Wochen empfohlen worden. Im Reha-Entlassungsbericht des Hauses R. und Tagesklinik O. vom Dezember 2013 hat man - bei noch bewegungseingeschränkten Kniegelenk und vom Kläger angegebenen Schwellungen des rechten Kniegelenks nach 15 Minuten Gehzeit - bei objektiv fehlenden größeren Ergussbildungen weitere Selbstübungen des Klägers mit dem Theraband zur Muskelkräftigung empfohlen und auf Grund der Knieproblematik kniebelastende Zwangshaltungen ausgeschlossen, darüber hinaus aber keine quantitative Leistungseinschränkung festgestellt. Somit hat sich die Einschätzung von Dr. K. über die zu erwartende Wiederherstellung des klägerischen Leistungsvermögens bestätigt.

Im Hinblick auf die Lendenwirbelsäulenbeschwerden ging Dr. R. - angesichts der von ihm festgestellten, nur mäßig ausgeprägten Funktionseinbuße und bei fehlender Nervenwurzelkompressionsproblematik schlüssig und nachvollziehbar - davon aus, dass den diesbezüglichen Beschwerden mit qualitativen Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden kann. Diese Einschätzung ist im Reha-Entlassungsbericht vom Dezember 2013 bestätigt worden. Danach hat sich der Kläger zwar nach wie vor durch nach wenigen Minuten im Stehen auftretende Lumbalgien beeinträchtigt gezeigt. Eine Wurzelreizsymtomatik mit Schmerzausstrahlung oder sensiblen Missempfindungen im Bereich der unteren Extremitäten hat weiterhin nicht vorgelegen. Die körperliche Beweglichkeit hat sich im Rahmen der Rehamaßnahme gebessert; so ist der Kläger insgesamt beweglicher geworden und hat auch längere Wegstrecken dem äußeren Anschein nach schmerzfreier zurücklegen können. Folgerichtig hat der Entlassungsbericht auch unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Gesundheitsstörungen quantitative Einschränkungen verneint.

Die in den vorstehenden medizinischen Stellungnahmen erfolgte Einschätzung einer nur qualitativen Leistungseinschränkung auf orthopädischem Gebiet hat sich im Übrigen im Zuge der Begutachtung durch Dr. B. bestätigt. Der Kläger kann danach mit dem eigenen Kraftfahrzeug ca. 45 Minuten fahren, bevor dann die Bandscheibe anfange "zu drücken". Die beklagten Beschwerden auf orthopädischem Gebiet hindern den Kläger auch nicht daran, morgens und abends jeweils eine dreiviertel bis eine Stunde regelmäßig in normalem Lauftempo zu gehen. Auch hat der Kläger über dreieinhalb Stunden im Rahmen der Begutachtung sitzen können, ohne dass Knie- oder Rückenbeschwerden dem entgegengestanden hätten. Irgendeine Schmerzbeeinträchtigung hat der Sachverständige weder im Rahmen der mehrstündigen Exploration noch im Rahmen der Koordinationsuntersuchung erkennen können. Dabei hat der Kläger weder im Vorfeld der Untersuchung Schmerzmittel eingenommen, noch nimmt er diese ansonsten regelmäßig ein. Vielmehr bedient sich der Kläger nur bedarfsweise einer Schmerzmedikation, wobei er maximal sechs Tabletten in der Woche einnimmt (Novaminsulfon); die Bedarfsmedikation ist nach Angaben des Klägers dann auch hilfreich. Die Beschwerden im LWS- bzw. Kniebereich gehen nach Feststellungen des Sachverständigen auch nicht mit neurologischen Begleitbeschwerden einher. Allein der Verhaltensaspekt in der fünfstündigen Untersuchung, insbesondere bei fehlender richtungsweisender Schmerzbeeinträchtigung über die Dauer der Untersuchung, sowie die Abbildung im außerberuflichen Alltag - bei fehlender regelmäßiger analgetischer Medikation und im Wesentlichen im Stehen auftretenden, nicht radikulär ausstrahlenden LWS-Beschwerden - belegen, so der Sachverständige, dass einer überwiegend sitzenden Tätigkeit auch aus orthopädischer Sicht nichts im Wege steht. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat an.

Eine quantitative Leistungseinschränkung lässt sich letztlich auch nicht vom nervenärztlichen Fachgebiet herleiten. So lassen sich psychisch keine überdauernden Funktionsstörungen abbilden, welche solche Leistungseinschränkungen begründen könnten. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten von Dr. B ... Bei dem Kläger liegen danach vielschichtige Persönlichkeitsakzentuierungen bei gleichzeitig einfach strukturierten Persönlichkeitszügen vor, die - von jeher vorbestehend - auch früher einer vollschichtigen beruflichen Tätigkeit nicht im Wege gestanden haben. Diesen Persönlichkeitsakzentuierungen, wie auch der zugleich anklingenden agoraphobischen Symptomatik, die gleichfalls seit Kindheit vorbestehend ist und nicht mit einem relevanten Vermeidungsverhalten einhergeht, kann durch qualitative Leistungseinschränkungen ausreichend Rechnung getragen werden. Insbesondere ist der Kläger durch die agoraphobische Symptomatik schon nach eigenem Vortrag nicht am Gebrauch öffentlicher Verkehrsmittel, am Führen eines Kraftfahrzeugs, am Einkaufen oder beispielsweise am Kinobesuch gehindert. Weiterhin liegt bei dem Kläger eine dysthyme Verstimmung in Kontext mit Belastungen, Konflikten, und Enttäuschungen im psychosozialen/biographischen Hintergrund bei gut erhaltener inhaltlicher Auslenkbarkeit vor, wohin gehend eine überdauernde depressive Einengung nicht vorgelegen hat. Die diagnostischen Störungen führen indessen zu keinen quantitativen Leistungseinschränkungen, wie sich auch aus dem von Dr. B. erhobenen psychischen Befund ergibt. Danach sind Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit in der fast fünfstündigen, durchaus anstrengenden, gutachterlichen Untersuchungsprozedur bis zuletzt ungestört geblieben. Es haben sich keinerlei Erschöpfungs- oder Ermüdungserscheinungen gezeigt. Von der Stimmung her hat sich der Kläger inhaltsabhängig dysthym, enttäuscht, dann gelegentlich auch vorwurfsvoll und gekränkt gezeigt, ohne etwa eigenständig richtungsweisend depressiv eingeengt zu sein. Vielmehr hat sich der Kläger gut inhaltlich auslenkbar gezeigt, so beispielsweise im Hinblick auf seine Fernsehgewohnheiten, die PC-Nutzung, die Familientreffen, seine Tierliebe, aber auch in Hinblick auf seine durchaus lebendig entwickelten Vorstellungen bezüglich beruflicher Alternativen; dies bei gut erhaltener affektiver Resonanz und ohne Anhaltspunkte für eine eigenständige Antriebsstörung. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch die unzureichend wahrgenommenen Behandlungsmöglichkeiten. So hat der Kläger bis zum heutigen Zeitpunkt keine gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen ambulant in Anspruch genommen und ist auch eine sehr niedrig dosierte Verschreibung von Antidepressiva erfolgt, welche

als Ausdruck des von den behandelnden Ärzten gesehenen Handlungsdrucks gedeutet werden kann. Die Einschätzung des Dr. B. deckt sich im Übrigen weitgehend mit der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte. Auch deren Einschätzungen kann keine rentenrelevante Leistungseinschränkung auf nervenärztlichem Gebiet entnommen werden. So diagnostizierte Dr. D. im April 2012 beim Kläger eine nur leichte depressive Episode auf dem Boden einer Dysthymie und berichtete über eine deutliche psychische Verbesserung bei neu festgesetzter Medikation. Im Entlassungsbericht des Hauses R. und Tagesklinik O. vom Dezember 2013 wird von einer rezidivierenden depressiven Störung bei zuletzt weitgehender Remission berichtet. Soweit in den Entlassungsberichten des ZfP E. vom Frühjahr 2014 und des A. -Klinikum K. vom Juli 2014, jeweils über die stattgehabten stationären Entzugsbehandlungen, von einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung berichtet worden ist, hat sich im Zuge der Behandlungen jeweils eine deutliche Besserung des Gesundheitszustands des Klägers eingestellt Das ZfP E. hat über eine gute Erholung und Stabilisierung berichtet; dem A. -Klinikum K. zufolge hat die eingeleitete antidepressive Behandlung schnell positive Affekte gezeigt. Ungeachtet dessen, dass sich auch den dort genannten Diagnosen wie auch den dort referierten, sehr kurz gehaltenen psychopathologischen Befunden ohnedies keine quantitative Leistungseinschränkung entnehmen lässt, zeigt das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. B. wie aber auch die Zusammenschau sämtlicher Krankheitsberichte, dass es sich hierbei jeweils nur um Verschlechterungen episodenhaften Charakters als typische Ausprägung der von Dr. B. schlüssig und nachvollziehbar diagnostizierten Dysthymie gehandelt hat, wobei die Verschlechterungen, wie von Dr. B. dargelegt, jeweils im Kontext mit konkreten Belastungen (Verschlechterung der Situation insbesondere durch Alkoholrückfall) einher gegangen sind.

Auch die beim Kläger vorliegende Alkoholabhängigkeit begründet keinen Rentenanspruch. Nach drei Entzugsbehandlungen mit jeweils vergleichsweise schnellen Rückfällen im Zeitraum von Sommer 2013 bis Juli 2014 besteht bei dem Kläger seither unter Einnahme von Doxepin Karenz. Anhaltspunkte für chronische neurologische oder psychopathologische Folgeschäden hat Dr. B. nicht erheben können. Eine Entzugssymptomatik hat sich in der Untersuchung nicht gezeigt, ebenso wenig Gründe, die Alkoholkarenz in Frage zu stellen. Der Kläger hat Krankheitseinsicht und Problembewusstsein, ebenso die Motivation zur weiteren Abstinenz gezeigt. Wenngleich in Kombination mit der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung und den vielschichtigen Belastungen im psychosozialen Hintergrund eine weitere Gefährdung besteht, so ist Dr. B. zu folgen, wonach hieraus keine Leistungseinschränkung in quantitativer Hinsicht resultiert.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-02-13