L 4 R 5380/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 16 R 2155/11
Datum
14.11.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 5380/13
Datum
12.09.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. November 2013 abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten beider Rechtszüge sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. März 2011 bis 31. Dezember 2014.

Die am 1954 geborene Klägerin erlernte in der ehemaligen Sowjetunion den Beruf der Näherin/Schneiderin. Nach Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland am 20. August 1990 war sie nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit vom 4. Juni 1991 bis 9. Dezember 2011 unterbrochen durch Zeiten des Bezugs von Sozialleistungen in den Jahren 1993 und 1997 vom 28. März 2008 bis 23. Januar 2009, vom 6. Juli bis 5. September 2010 und vom 16. bis 27. März 2011 nach ihren Angaben zunächst als Näherin/Schneiderin und ab 1. August 1992 als Reinemachefrau versicherungspflichtig beschäftigt. Vom 10. Dezember 2011 bis 19. Februar 2013 bezog sie Kranken- bzw. Übergangsgeld und von 20. Dezember 2013 bis zumindest 31. Dezember 2013 Arbeitslosengeld (Versicherungsverlauf vom 25. August 2014). Der Grad der Behinderung der Klägerin beträgt 60 seit 30. Oktober 2008, außerdem ist ihr das Merkzeichen Gehbehinderung zuerkannt. In der Zeit vom 19. August bis 13. September 2008 befand sich die Klägerin nach einer am 4. August 2008 durchgeführten Implantation einer Hüft-Totalendoprothese (TEP) links zur medizinischen Rehabilitation in den R.-kliniken in W-. Der Chefarzt und Orthopäde PD Dr. V. diagnostizierte in seinem Reha-Entlassungsbericht vom 18. Oktober 2008 eine Valgusgonarthrose links, TEP in Intervall vorgesehen und eine Coxarthrose links, am 4. August 2008 Implantation einer Hüfte. Das Leistungsvermögen für die zuletzt verrichtete Tätigkeit als Putzfrau liege bei drei bis unter sechs Stunden. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, häufige Zwangshaltungen, Heben aus tiefer Beugeposition, Steigen von Treppen, Leitern oder Gerüsten mit Absturzgefahr sowie Tätigkeiten mit erhöhter Vibrationsbelastung seien der Klägerin noch sechs Stunden und mehr täglich möglich.

Am 24. August 2010 beantragte die Klägerin Rente wegen Erwerbsminderung. Die Beklagte veranlasste hierauf eine Begutachtung der Klägerin durch die Arbeitsmedizinerin Dr. R ... Diese diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 11. Oktober 2010 unter Berücksichtigung von Arztbriefen aus den Jahren 2009 und 2010 (u.a. Entlassbrief des Prof. Dr. S., S. V.-Kliniken K., vom 27. Mai 2010 über eine Arthroskopie mit Teilsynovektomie, Osteophytenresektion an Trochlea und Patella sowie Hoffaresektion linkes Kniegelenk am 26. Mai 2010), eine mittelgradige Funktionsstörung beider Knie bei fortgeschrittener Arthrose beider Kniegelenke mit angegebener permanenter Schmerzmitteleinnahme, einen chronischen Fußschmerz mit gestörter Abrollfunktion beidseits bei ausgeprägten Senk-Spreizfüßen und Hallux Valgus beidseits, Fußwurzelarthrose und Fersensporn links, eine leichtgradige Funktionsstörung beider Hüftgelenke bei Arthrose des Hüftgelenks, einen Zustand nach Hüft-TEP links 2008, eine fortgeschrittene Coxarthrose rechts, ein intermittierendes Taubheitsgefühl der ersten drei Finger der linken Hand bei Carpaltunnelsyndrom links, eine bekannte Anämie, laut Reha-Antrag 2008 eine perniziöse Anämie und eine Essstörung mit Adipositas und Fressattacken. Dr. R. kam zu dem Ergebnis, die Klägerin könne ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft nur noch unter drei Stunden täglich verrichten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zeitweise im Stehen und Gehen, ständig im Sitzen, ohne Tätigkeiten, die häufiges Knien oder häufiges Steigen von Treppen oder dauerhaftes Knien oder Stehen erfordern sowie mit Absturzgefahr und Arbeiten auf unebenem Gelände verbunden sind, seien der Klägerin noch sechs Stunden und mehr täglich möglich. Mit Bescheid vom 15. Oktober 2010 lehnte die Beklagte daraufhin die Rentengewährung ab.

Ihren dagegen erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass sie unter Berücksichtigung sämtlicher Erkrankungen nicht in der Lage sei, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit von sechs Stunden täglich nachzugehen. Bei der Beurteilung ihres Leistungsvermögens sei

nur der Stütz- und Bewegungsapparat berücksichtigt worden. Ihre Depressionen, Konzentrations- und Schlafstörungen, Kopfschmerzen, das chronische Schmerzsyndrom am ganzen Körper und die Vergesslichkeit seien überhaupt nicht berücksichtigt worden. Abgesehen davon hätten die Funktionseinschränkungen und Schmerzen am rechten Knie sowie der rechten Hüfte weiter zugenommen. Am linken Knie sei eine Endoprothesenversorgung erforderlich, was problematisch sei, da sie auch am rechten Knie ganz erhebliche Funktionseinschränkungen und Schmerzen habe. Bei Untersuchungen sei nun auch festgestellt worden, dass ein Nabelbruch vorliege. Hierauf zog die Beklagte Befundberichte des Orthopäden Dr. C. vom 28. Februar 2011 (Diagnosen: Gonarthrose beidseits, Hüft-TEP links) und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie T. vom 24. Februar 2011 (Diagnosen: Dysthymie, Binge eating Dysorder) bei. Die Beklagte hörte hierzu Dr. R., die unter dem 17. März 2011 zusammenfassend bei ihrer im Gutachten abgegebenen Leistungsbeurteilung verblieb. Mit Widerspruchsbescheid vom 14. April 2011 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Er, der Widerspruchsausschuss, habe sich mit allen vorgetragenen medizinischen und rechtlichen Sachverhalten auseinandergesetzt und keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass die Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch weniger als sechs Stunden (somit keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung) oder weniger als drei Stunden (somit keine Rente wegen voller Erwerbsminderung) täglich arbeiten könne. Da das sozialmedizinische Ergebnis schlüssig und nachvollziehbar sei, schließe er, der Widerspruchsausschuss, sich der Beurteilung des Sozialmedizinischen Dienstes an. Auch den rechtlichen Schlussfolgerungen, die sich daraus ergäben, stimme er, der Widerspruchsausschuss, zu. Auch die Voraussetzungen für eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) lägen nicht vor. Aufgrund der von ihr zuletzt ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigung als Reinigungskraft gehöre die Klägerin zum Kreis der ungelernten Arbeiterinnen und Arbeiter und könne deshalb auf alle - gesundheitlich zumutbaren - ungelernten Tätigkeiten verwiesen werden. Die konkrete Benennung einer Tätigkeit sei nicht erforderlich. Der Grad der Behinderung sage nichts darüber aus, ob in einem konkreten Fall auch das erwerbsbezogene (umgangssprachlich: berufliche) Leistungsvermögen relevant eingeschränkt sei.

Die Klägerin erhob am 16. Mai 2011 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie trug vor, sie leide unter einer Funktionseinschränkung und Schmerzen im rechten Hüftgelenk und Schmerzen im operierten linken Hüftgelenk. An beiden Kniegelenken lägen ganz gravierende Funktionseinschränkungen und Schmerzen vor, weshalb ein Kniegelenksersatz beidseits erforderlich sei. Im Hinblick darauf habe sie eine Angststörung entwickelt. Des Weiteren leide sie unter chronischen Fußschmerzen, die nach einem Kniegelenksersatz und der Benutzung von Gehhilfen sicherlich weiter zunähmen. Die Benutzung von Gehhilfen werde auch Probleme mit dem Carpaltunnelsyndrom und den Taubheitsgefühlen an der linken Hand bereiten. Durch die ständige starke Schmerzsymptomatik mit Schlafstörungen und einer daraus resultierenden Tagesmüdigkeit habe sich bei ihr eine Depression mit Angstzuständen entwickelt. Zusammenfassend bleibe festzustellen, dass sie selbst für leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht mehr regelmäßig sechs Stunden täglich einsetzbar sei. Orthopäde Dr. J. beurteile ihr Leistungsvermögen auf orthopädischem Fachgebiet mit maximal sechs Stunden täglich. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vorliegenden Erkrankungen und damit verbundenen Leistungseinschränkungen ergäbe sich zusammenfassend betrachtet auf jeden Fall ein Leistungsvermögen von unter sechs Stunden täglich. Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. sei in seinem Gutachten vom 11. April 2012 zu dem Ergebnis gelangt, dass sie unter Mitberücksichtigung der im orthopädischen Fachbereich vorliegenden Erkrankungen leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch maximal täglich vier Stunden verrichten könne. Die Klägerin legte den Arztbrief des Dr. M., Diagnostische Gemeinschaftspraxis Karlstraße in Karlsruhe, vom 3. Juni 2013 (Beurteilung: Fortgeschrittene Retropatellararthrose mit großflächigen Knorpelschäden und periartikulären Verkalkungen sowie kräftigem Reizerguss, irregulärer Knorpelbesatz femorotibial mit stanzartigem Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus in der Hauptbelastungszone) und die Stellungnahme des Arztes T. vom 2. September 2013 zum Gutachten der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie O.-P., wonach dieser im Gegensatz zur Sachverständigen eine stärkere depressive Symptomatik und eine dadurch bedingte quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens auf unter vier Stunden täglich sieht, vor (zu den Gutachten jeweils im Folgenden).

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Gutachten der Ärztin O.-P. und die ergänzende Stellungnahme des Dr. J. stützten das Klagebegehren nicht. Internistin Dr. P. führte in ihrer Stellungnahme unter dem 12. Oktober 2011 aus, es könne, nachdem die Klägerin den empfohlenen endoprothetischen Gelenkersatz bisher nicht durchgeführt habe, angenommen werden, dass ihr Leidensdruck nicht entsprechend ausgeprägt sei. Seit März 2011 erfolge auch keinerlei orthopädische Vorstellung. Somit bestehe sozialmedizinischerseits für entsprechende Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts weiterhin ein mindestens sechs- und mehrstündiges Leistungsvermögen. Unter dem 20. Juni 2012 äußerte sie sich ergänzend dahingehend, dass der Leistungsbeurteilung im Gutachten des Dr. W. nicht gefolgt werden könne. Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. E. führte in ihrer Stellungnahme vom 6. August 2012 aus, das von Dr. W. erstattete Gutachten trage wenig zur Klärung bei und könne hinsichtlich Diagnose und des Leistungsvermögens der Klägerin im Erwerbsleben nicht überzeugen. Hierbei verblieb sie auch in ihrer Stellungnahme vom 2. Januar 2013 unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahmen des Dr. W. (zu den ergänzenden Stellungnahmen jeweils im Folgenden).

Das SG hörte Dr. C. und Arzt T. als sachverständige Zeugen. Dr. C. teilte in seiner Auskunft vom 16. August 2011 unter Beifügung von Arztbriefen der S.V.-Kliniken K. mit, dass sich die Klägerin zuletzt am 29. März 2011 in seiner Behandlung befunden habe. In den Jahren 2010 und 2011 habe er sie wegen Schmerzen in den Kniegelenken behandelt. Durch die Arthroskopie vom 26. Mai 2010 habe keine Besserung ihrer Beschwerden im linken Kniegelenk erreicht werden können. Da der aktuelle Zustand nicht bekannt sei, könne er zum gegenwärtigen quantitativen Leistungsvermögen keine zuverlässige Aussage treffen. Arzt T. gab unter dem 14. September 2011 an, die Klägerin befinde sich seit 8. Dezember 2010 in seiner ca. in zweimonatigem Abstand stattfindenden Behandlung. Die letzte Behandlung sei am 28. Juli 2011 erfolgt. Aufgrund der von ihm festgestellten Symptomatik mit erhöhter Erschöpfungsneigung, depressiver Stimmungslage und einer körperlichen Schmerzsymptomatik sehe er das Leistungsvermögen bei der Klägerin als eingeschränkt an. Ihr Durchhaltevermögens sei auf drei bis sechs Stunden reduziert.

Sodann erstattete Dr. J. nach einer Untersuchung der Klägerin am 5. Januar 2012 das orthopädische Gutachten vom 16. Januar 2012. Dr. J. nannte als Gesundheitsstörungen eine leichte bis mäßige Fehlstatik der Wirbelsäule mit teilfixiertem Rundrücken und degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Hals- und unteren Lendenwirbelsäule im Röntgenbild ohne neurologische Ausfälle, eine Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks mit Impingementsymptomatik, ein leichtes Streckdefizit beider Ellenbogengelenke, ein Carpaltunnelsyndrom links mit Verschmächtigung der Daumenballenmuskulatur, Bouchard-Arthrosen D3 und 4 beidseits ohne Funktionseinschränkung, ein endoprothetisch versorgtes Hüftgelenk links mit befriedigender Gelenkbeweglichkeit, eine deutliche Protrusionscoxarthrose rechts, fortgeschrittene Kniegelenksarthrosen beidseits, massiv im Bereich beider Kniescheibenrückflächen mit endgradiger Beugeeinschränkung und einen erheblichen Knick-Senk-Spreizfuß beidseits mit deutlicher Bewegungseinschränkung der

Großzehengrundgelenke bei deutlicher Großzehengrundgelenksarthrose. Die Klägerin könne nur noch leichte und kurzzeitig mittelschwere körperliche Tätigkeiten weit vorwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zum Bewegungswechsel und mit Heben und Tragen von Gegenständen bis zu acht kg, ohne wiederkehrende Arbeiten in vornübergebeugter Körperhaltung und in Wirbelsäulenzwangshaltungen, Überkopfarbeiten links sowie Zwangshaltungen des linken Armes, Arbeiten in der Hocke und im Knien, auf Leitern und Gerüsten und in Nässe und Kälte sowie Gehen auf unebenem Boden sechs Stunden arbeitstäglich verrichten. Sie sei in ihrer Gehfähigkeit deutlich eingeschränkt, es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass sie noch viermal einen Fußweg von 500 m in jeweils unter 20 Minuten als Arbeitsweg zurücklegen könne. Öffentliche Verkehrsmittel könne sie benutzen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Juli 2013 bestätigte Dr. J. seine Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Klägerin (maximal sechs Stunden).

Nachdem der Klägerin am 9. Januar 2012 eine Hüft-TEP rechts implantiert wurde, befand sie sich in der Zeit vom 23. Januar bis 20. Februar 2012 zur medizinischen Rehabilitation in der Rehaklinik K. in N ... Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Ka. diagnostizierte in seinem Reha-Entlassungsbericht vom 21. Februar 2012 eine Coxarthrose rechts bei Zustand nach TEP, eine Coxarthrose links bei Zustand nach TEP 2008, ein chronisch-rezidivierendes Lumbalsyndrom, ein Halswirbelsäulensyndrom und ein Schulterarmsyndrom beidseits. Das Leistungsvermögen für die zuletzt verrichtete Tätigkeit als Reinemachefrau liege unter drei Stunden täglich. Leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten über sechs kg, Zwangshaltung der Wirbelsäule, einseitige Körperhaltung, häufiges Bücken sowie starke Belastung der Knie- und Hüftgelenke und Tätigkeiten mit Nachtschicht und Zeitdruck könne die Klägerin noch über sechs Stunden täglich verrichten.

Im Anschluss daran beauftragte das SG Dr. W. mit der Erstattung eines Gutachtens. Die Klägerin gab Dr. W. gegenüber an, dass sie schlecht schlafe, gegen 7 Uhr aufstehe, den Tag überwiegend zu Hause verbringe und immer wieder etwas esse. Der Sachverständige diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11. April 2012 eine mittelstark ausgeprägte chronifizierte und weitgehend somatisierte depressive Symptomatik und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Klägerin könne leichte körperliche Arbeiten mit eingeschränktem Heben und Tragen von Lasten sowie mit allen im orthopädischen Gutachten genannten qualitativen Einschränkungen unter Vermeidung von Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeitsbedingungen sowie Arbeiten mit überwiegendem Publikumsverkehr und mit erhöhter Verantwortung noch maximal vier Stunden täglich verrichten. Ihre Wegefähigkeit sei trotz der Schmerzsymptomatik nicht eingeschränkt. In den ergänzenden Stellungnahmen vom 14. September und 30. Oktober 2012 verblieb Dr. W. dabei, dass bei der Klägerin ein quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich vorliege.

Sodann beauftragte das SG Ärztin O.-P. mit der Erstattung eines weiteren Gutachtens. Die Klägerin gab der Sachverständigen gegenüber an, dass sie zwischen 6 und 7 Uhr aufstehe und den Tag mit Essenszubereitung und Aufräumen verbringe. Zweimal pro Woche gehe sie zur Wassergymnastik, unter der Woche bekomme sie Besuch von ihren Kindern und Enkeln, am Wochenende treffe sie meist eine Freundin. Die Ärztin diagnostizierte in ihrem fachneurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 15. Mai 2013 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Dysthymia. Außerdem fand sie Zeichen einer peripheren Polyneuropathie und diskrete Wurzelreizzeichen L5. Im Vordergrund stünden die orthopädischen Einschränkungen der Klägerin. Diese seien mit Blick darauf, dass aufgrund der Schmerzsymptomatik, Tätigkeiten in ungünstigen klimatischen Bedingungen nur mit entsprechender Schutzkleidung möglich seien und aufgrund der peripheren Polyneuropathie Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an die Balancierfähigkeit wie auf Leitern und Gerüsten ausgenommen werden sollten, zu ergänzen. Aufgrund der psychischen Symptomatik sollten auch Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung für Personen oder Maschinen und solche, die eine erhöhte Konfliktfähigkeit beinhalteten, Akkordtätigkeiten und insbesondere Nachtschichttätigkeit vermieden werden. Die Wegefähigkeit sei erhalten. Dr. W. diskutiere nicht die Möglichkeit einer erweiterten Behandlung bezüglich der von ihm aufgeführten Schwere der depressiven Symptomatik und der psychischen Seite der Schmerzstörung und setze seine Einschätzung nicht mit der Alltagsaktivität der Klägerin in Bezug.

Mit Urteil vom 14. November 2013 verurteilte das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 15. Oktober 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 14. April 2011, der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung für die Zeit vom 1. März 2011 bis 31. Dezember 2014 zu gewähren. Im Übrigen wies es die Klage ab. Aus orthopädischer Sicht liege bei der Klägerin eine leichte bis mäßige Fehlstatik der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule, eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit Impingementsymptomatik, ein leichtes Streckdefizit beider Ellenbogengelenke, ein Carpaltunnelsyndrom links mit Verschmächtigung der Daumenballenmuskulatur bei Arthrose, fortgeschrittene Kniegelenksarthrosen beidseits mit endgradiger Beugeeinschränkung, ein endoprothetisch versorgtes Hüftgelenk links mit befriedigender Gelenkbeweglichkeit, eine deutliche Protrusionscoxarthrose rechts sowie ein erheblicher Knick-Senk-Spreizfuß beidseits mit deutlicher Bewegungseinschränkung der Großzehengrundgelenke bei ausgeprägter Arthrose vor. Diese Gesundheitsstörungen ergäben sich aus dem Gutachten des Dr. J. und würden im Wesentlichen auch von dem behandelnden Orthopäden Dr. C. sowie Dr. R. bestätigt. Daneben bestehe bei der Klägerin auf nervenärztlichem Gebiet eine mittelstark ausgeprägte Depression und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, wie von Dr. W. in seinem Gutachten festgestellt. Mit diesen Erkrankungen sei die Klägerin nicht nur in ihrer qualitativen, sondern auch in ihrer zeitlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Leichte körperliche Tätigkeiten seien ihr nur noch in einem Umfang von drei bis unter sechs Stunden täglich gesundheitlich zumutbar. Diese Leistungseinschätzung ergebe sich aus einer Zusammenschau der orthopädischen und nervenärztlichen Erkrankungen. Nicht nachvollziehbar sei die Auffassung der Sachverständigen O.-P., die Klägerin sei - sogar unter Mitberücksichtigung der orthopädischen Beschwerden - noch acht Stunden täglich in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten zu verrichten. Denn der auf diesem Fachgebiet beauftragte Sachverständige Dr. J. verneine ausdrücklich ein achtstündiges Leistungsvermögen der Klägerin aus orthopädischer Sicht. Im Falle der Klägerin schlage die teilweise Erwerbsminderung in eine volle Erwerbsminderung durch. Diese Rente sei ihr jedoch lediglich für die Zeit vom 1. März 2011 bis 31. Dezember 2014 zu gewähren. Eine Besserungsmöglichkeit sei gegeben.

Gegen das ihr am 2. Dezember 2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. Dezember 2013 Berufung eingelegt. Die Beurteilung des Sachverständigen Dr. W. überzeuge nicht. Nach ihrer Überzeugung sei die Klägerin nicht daran gehindert, leichte Arbeiten noch sechs Stunden und länger pro Tag unter den üblichen Bedingungen durchzuführen. Bei Stellungnahmen des behandelnden Arztes T. sei zu beachten, dass diese unter anderem Blickwinkel erfolgten. Ferner falle die zeitliche Nähe der Rentenablehnung (15. Dezember 2010) zum erstmals durch den Arzt T. eingeräumten Termin am 8. Dezember 2010 auf. Darüber hinaus setze sich weder das SG noch Dr. W. mit den Angaben des Entlassungsberichts des Arztes Ka. vom 21. Februar 2012 auseinander, wonach unter jetzige Beschwerden und Beeinträchtigungen nur orthopädische Beschwerden aufgezählt würden und darüber hinaus mitgeteilt werde, dass "unter Psychotherapie keine Medikamente notwendig" seien. Aus dieser Reha-Maßnahme sei die Klägerin mit einem Leistungsvermögen auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt mit sechs Stunden und mehr arbeitstäglich entlassen worden. Veränderungen des Großzehengrundgelenkes könne man durch geeignete Schuhe, Abrollhilfen und Einlagen zum Teil ausgleichen, was zu einer Linderung der Schmerzen beitrage. Dass nur Operationen an beiden Füßen helfen würden, werde nicht medizinisch bestätigt. Im Übrigen bedingten Fuß-/Kniegelenksersatzoperationen in der Regel Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und keine Erwerbsminderung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 14. November 2013 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das SG habe überzeugend dargelegt, warum der Beurteilung des Leistungsvermögens der Sachverständigen O.-P. nicht gefolgt werden könne und sich unter Berücksichtigung der eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. J. und Dr. W. ein unter sechsstündiges Leistungsvermögen für leichte körperliche Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ergebe. Sie könne kaum noch laufen. Der Hallux valgus und Hallux rigides seien so gravierend, dass auch hier nur Operationen an beiden Füßen neben dem beidseitigen Kniegelenksersatz helfen würden. Sie sei auf regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln angewiesen. Eine schmerztherapeutische Behandlung erfolge nicht. Im Vordergrund stehe im Moment die Gewichtsabnahme, diesbezüglich besuche sie derzeit einen Kurs bei der AOK "Gewichtsreduzierung durch gesunde Ernährung". Termine für die erforderlichen Operationen stünden noch nicht fest.

Der Senat hat Dr. C. und Arzt T. als sachverständige Zeugen gehört. Dr. C. hat (Auskunft vom 17. März 2014) unter Beifügung u.a. von Arztbriefen der S. V.-Kliniken, des Neurologen H. vom 11. September 2012 und der Internistin Dr. Ra. vom 3. Februar 2014 mitgeteilt, er habe bei der Klägerin Hüftgelenks-TEP beiderseits, Gonarthrose und Retropatellararthrose rechts mehr als links, ein rezidivierendes Schulter-Arm-Syndrom beiderseits mit intermittierend auftretenden Schulterteilsteifen, einen Senk-Spreizfuß, Hallux Valgus beiderseits und einen plantaren Fersensporn rechts diagnostiziert. Zwischen 2011 und 2014 habe er degenerative Hals- und Lendenwirbelsäulenveränderungen mit temporären Cervicobrachialgien und Lumbalgien nicht behandelt. Die Indikation zur endoprothetischen Versorgung der Kniegelenke sei bereits 2010/2011 gestellt worden, werde aber von der Klägerin ebenso wie die Verordnung einer Gehhilfe bisher nicht gewünscht. Die Hüftgelenke hätten sich im Behandlungsverlauf gebessert. An den Schultergelenken würden immer wieder schmerzhafte Teilsteifen auftreten, die nach Behandlung wieder abklingen würden. Die Kniegelenke hätten sich langsam, bisher jedoch nicht akut verschlechtert. Arzt T. hat unter dem 6. Mai 2014 ausgeführt, dass sich die Klägerin seit 28. Juli 2011 in einem weitgehend ähnlichen Zustand mit gedrückter Stimmungslage, teilweise reduzierter Affektkontrolle und immer wieder beeinträchtigt durch körperliche Schmerzsymptomatik befunden habe. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt, die Klägerin wirke mutlos, freudlos, ängstlich, sie beschreibe auch immer wieder praktiziertes Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und klage immer wieder über Gewichtszunahme bei häufigen Essattacken. Er habe bei der Klägerin das Vorliegen einer Binge-eating Essstörung diagnostiziert und sehe außerdem eine depressive Symptomatik mit Schwankung zwischen dem Bereich einer Dysthymie bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode. Es bestehe außerdem eine anhaltende Schmerzsymptomatik. Er behandle die Klägerin medikamentös antidepressiv.

Für die Beklagte hat sich hierzu Chirurgin Z. in ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2014 dahingehend geäußert, dass weiterhin von einem sechsstündigen Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten unter Beachtung der bereits genannten qualitativen Einschränkungen wie bereits von Dr. J. und Frau O.-P. beschrieben, auszugehen sei. Im Falle einer Verschlechterung der Symptomatik seien Therapiereserven insbesondere im Rahmen der Schmerztherapie auszuschöpfen.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis beider Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG entscheidet, ist zulässig und begründet. Auf die Berufung der Beklagten hin war das Urteil des SG abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte für die Zeit vom 1. März 2011 bis 31. Dezember 2014 weder Anspruch auf eine Rente wegen voller, noch wegen teilweiser Erwerbsminderung, denn sie ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten.

Versicherte haben nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung und nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VI Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (insoweit mit Wirkung zum 1. Januar 2008 geändert durch Artikel 1 Nr. 12 RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20. April 2007, BGBl. I, S. 554), wenn sie voll bzw. teilweise erwerbsgemindert sind (Nr. 1), in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (Nr. 2) und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nr. 3). Voll erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgemindert sind nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sowohl für die Rente wegen teilweiser als auch für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist Voraussetzung, dass die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung gemindert sein muss. Entscheidend ist darauf abzustellen, in welchem Umfang ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung in seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird und in welchem Umfang sich eine Leistungsminderung auf die Fähigkeit, erwerbstätig zu sein, auswirkt. Bei einem Leistungsvermögen, das dauerhaft eine

Beschäftigung von mindestens sechs Stunden täglich bezogen auf eine Fünf-Tage-Woche ermöglicht, liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI vor. Wer noch sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts arbeiten kann, ist nicht erwerbsgemindert; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Da gegen das Urteil des SG allein die Beklagte Berufung eingelegt hat, ist im Berufungsverfahren nur darüber zu entscheiden, ob die Klägerin in der Zeit vom 1. März 2011 bis 31. Dezember 2014 Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung hat. Für den davor und danach liegenden Zeitraum ist das die Klage insoweit abweisende Urteil des SG rechtskräftig geworden, weil die Klägerin keine (Anschluss-)Berufung eingelegt hat.

Die Klägerin war und ist in der streitigen Zeit nicht erwerbsgemindert, weil sie noch in der Lage war und ist, Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in einem Umfang von zumindest sechs Stunden täglich zu verrichten.

Bei der Klägerin lagen und liegen seit dem 1. März 2011 Gesundheitsstörungen auf orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet vor.

Auf orthopädischem Fachgebiet leidet die Klägerin an Coxarthrosen beidseits, weshalb am 4. August 2008 und am 9. Januar 2012 endoprothetische Versorgungen der Hüftgelenke links und rechts erfolgten. Außerdem bestehen eine Arthrose beider Kniegelenke, ein erheblicher Knick-Senk-Spreizfuß beidseits mit Großzehengrundgelenksarthrose und Hallus Valgus, ein Fersensporn, ein Schulter-Arm-Syndrom beidseits, eine leichte bis mäßige Fehlstatik der Wirbelsäule sowie Bouchardarthrosen D3 und 4 beidseits. Der Senat stützt dies auf die Gutachten der Dr. R. vom 11. Oktober 2010 und des Dr. J. vom 16. Januar 2012, die Rehabilitationsentlassungsberichte des PD Dr. V. vom 18. Oktober 2008 und des Arztes Ka. vom 21. Februar 2012 sowie die sachverständigen Zeugenauskünfte des Dr. C. vom 16. August 2011 und 17. März 2014 und den Arztbrief des Dr. M. vom 3. Juni 2013. Aus dem von Dr. C. seiner sachverständige Zeugenauskunft vom 17. März 2014 beigefügten Arztbrief des Prof. Dr. S., S. V.-Kliniken, vom 26. April 2012, ergibt sich, dass erhebliche Beschwerden im Bereich der Hüftgelenke nicht mehr bestehen.

Auf nervenärztlichem Fachgebiet leidet die Klägerin an einer depressiven Symptomatik mit Schwankung zwischen dem Bereich einer Dysthymie bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung sowie einem gestörten Essverhalten und einem Carpaltunnelsyndrom mit Taubheitsgefühl in den Fingern und einer leichten Verschmächtigung der Daumenballenmuskulatur. Außerdem bestanden bei der Untersuchung durch die Sachverständige O.-P. am 8. April 2013 Zeichen einer peripheren Polyneuropathie und diskrete Wurzelreizzeichen L5. Hierfür legt der Senat die Gutachten der Dr. R., der Ärztin O.-P. vom 15. Mai 2013, aber auch des Dr. W. vom 11. April 2012 sowie die sachverständigen Zeugenauskünfte des Arztes T. vom 14. September 2011 und 6. Mai 2014 und die Entlassungsberichte des PD Dr. V. und des Arztes Ka. zugrunde. Hieraus ergibt sich für den Senat überzeugend, dass die Klägerin nicht durchgängig unter einer mittelgradig bis stark ausgeprägten depressiven Störung leidet, die depressive Symptomatik bei der Klägerin vielmehr Schwankungen unterliegt und noch nicht über Jahre chronifiziert ist. Dies wird daraus deutlich, dass PD Dr. V. im Jahr 2008 und Dr. R. bei ihrer Begutachtung im Oktober 2010 bei der Klägerin insoweit keine Einschränkungen feststellten. In fachärztlicher Behandlung bei dem Arzt T. befindet sich die Klägerin auch erst seit Dezember 2010. Nach dem Entlassungsbericht des Arztes Ka. vom 21. Februar 2012 war sie zum Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme gut remittiert, eine Medikamenteneinnahme war nicht notwendig. Im Gegensatz dazu stellte Dr. W. bei seiner kurze Zeit später stattfindenden Untersuchung am 5. April 2012 eine deutlich geminderte Schwingungsfähigkeit und einen deutlich geminderten Antrieb und eine dysphorisch-moros und mittelstark bis stark depressive Stimmung mit thematischer Fixierung auf die gesamte biographische Situation und die körperliche Schmerzsymptomatik fest. Nach dem Gutachten der Ärztin O.-P. war die Klägerin im April 2013 ohne Antriebsstörung. Affektiv imponierte eine dysthym-dysphorische Stimmungslage einer klagsamen Patientin, die zeitweise dissoziativ ausgestaltend und weinerlich auftrat und ein Verdeutlichungsverhalten zeigte. Bestätigt werden die Schwankungen durch die sachverständige Zeugenauskunft des die Klägerin behandelnden Psychiaters T. vom 6. Mai 2014, wonach die depressive Symptomatik der Klägerin mit Schwankungen zwischen dem Bereich einer Dysthymie bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode verbunden ist, und durch die Tatsache, dass die Klägerin nicht ständig antidepressiv behandelt wird und sich die derzeitige antidepressive Medikation im mittleren Bereich bewegt. Die Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung wurde bisher noch nicht gesehen. Eine psychotherapeutische Behandlung findet ebenfalls nicht statt. Auch hat die Klägerin einen für nicht erwerbstätige Menschen weitgehend normalen Tagesablauf. Sie geht zweimal in der Woche zur Wassergymnastik, besucht Kurse zur Gewichtsreduzierung bei der AOK, sieht ihre Familie und trifft sich mit einer Freundin. Wegen der im Zusammenhang mit den orthopädischen Erkrankungen stehenden Schmerzen befindet sich die Klägerin nicht in schmerztherapeutischer Behandlung und nimmt lediglich niedrig dosiert Schmerzmittel ein. Die von den Ärzten festgestellten Bewegungseinschränkungen sind nur leichtgradig. Das von der Sachverständigen O.-P. bei der Untersuchung am 8. April 2013 gefundene Wurzelreizzeichen L5 war nur diskret, für die periphere Polyneuropathie fanden sich nur Zeichen. Dass diesbezüglich eine Behandlung eingeleitet wurde, geht auch aus den sachverständigen Zeugenauskünften des Dr. C. vom 17. März 2014 und des Arztes T. vom 6. Mai 2014 nicht hervor.

Diese Gesundheitsstörungen führten und führen im streitgegenständlichen Zeitraum zu qualitativen Leistungseinschränkungen der Klägerin. Die Klägerin konnte und kann nur noch leichte Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zum Bewegungswechsel und mit Heben und Tragen von Gegenständen bis zu sechs kg, ohne wiederkehrende Arbeiten in vornübergebeugter Körperhaltung und in Wirbelsäulenzwangshaltungen, Überkopfarbeiten links sowie Zwangshaltungen des linken Armes, Arbeiten in der Hocke und im Knien, auf Leitern und Gerüsten und in Nässe und Kälte sowie Gehen auf unebenem Boden verrichten. Zu vermeiden sind auch häufiges Bücken, Akkord-, Fließband-, Schicht- und Nachtarbeit sowie Arbeiten mit überwiegendem Publikumsverkehr, mit erhöhter Verantwortung und Konfliktfähigkeit und mit erhöhter Anforderung an die Balancierfähigkeit. In ungünstigen klimatischen Bedingungen sollte die Klägerin nur mit entsprechender Schutzkleidung tätig sein. Der Senat folgt insoweit der Einschätzung der Dr. R., des Dr. J., des Dr. W. und der Ärztin O.-P., die diese Leistungseinschränkungen für den Senat überzeugend aus den orthopädischen und nervenärztlichen Erkrankungen der Klägerin abgeleitet haben. Diese Einschätzung findet auch eine Bestätigung in den Entlassungsberichten des PD Dr. V. und des Arztes Ka ...

Die bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen, die zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen führten und führen, bedingten und bedingen indessen nach Überzeugung des Senats keine Einschränkung des Leistungsvermögens in quantitativer Hinsicht. Die Klägerin war und ist noch in der Lage, leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Funktionseinschränkungen in einem Umfang von mindestens sechs Stunden täglich zu verrichten. Der Senat stützt dies auf die insgesamt schlüssige und nachvollziehbare Leistungsbeurteilung des Dr. J. und der Ärztin O.-P. und die Entlassungsberichte des PD Dr. V. und des Arztes Ka. über die in den Jahren 2008 und 2012 durchgeführten Heilbehandlungen, die jeweils ein (mindestens) sechsstündiges Leistungsvermögen

bestätigten. Die gegenteilige Einschätzung von Dr. W. sieht der Senat durch diese Gutachten und die Reha-Entlassungsberichte als widerlegt an. Sie ist für den Senat insbesondere auch deshalb nicht nachvollziehbar, weil Dr. W. seine Einschätzung nicht mit der Alltagsaktivität der Klägerin in Bezug setzt und mit Blick auf die von ihm diagnostizierte mittelstark ausgeprägte depressive Symptomatik von einem - wie ausgeführt - tatsächlich nicht vorhandenen Dauerzustand ausgeht. Auch die bei der Klägerin vorliegende somatoforme Schmerzstörung vermag die Einschätzung des Dr. W. nicht zu stützen. Die somatoforme Schmerzstörung steht, nachdem sie mit keinen gravierenden Bewegungseinschränkungen verbunden ist, die Klägerin sich deshalb nicht in schmerztherapeutischer Behandlung befindet und nur ab und an mit einem Schmerzmittel behandelt wird, einer mindestens sechsstündigen Tätigkeit mit den genannten qualitativen Einschränkungen nicht entgegen. Ebenso verhält es sich mit Blick auf die Einschätzung des die Klägerin seit Dezember 2010 behandelnden Arztes T., nachdem sich dieser maßgeblich auf die Angaben der Klägerin und die Darstellung derselben stützt. Etwas anderes lässt sich insbesondere auch nicht auf die von der Klägerin beklagte Essstörung zurückführen. Diese führt zwar zu einer erheblichen Adipositas der Klägerin, jedoch nicht zu einer quantitativen Einschränkung ihres Leistungsvermögens. Nicht außer acht gelassen werden darf in diesem Zusammenhang auch, dass die Klägerin insoweit die Energie hat, Kurse zur Gewichtsreduzierung zu besuchen, auch wenn diese - bisher - noch nicht erfolgreich waren.

Auch in der Zusammenschau zwischen orthopädischen und nervenärztlichen Erkrankungen lässt sich eine zeitliche Leistungseinschränkung auf weniger als sechs Stunden täglich nicht feststellen. Die Klägerin ist zweifelsohne aufgrund ihrer orthopädischen und ihrer nervenärztlichen Erkrankungen beeinträchtigt. Diese Erkrankungen wirken sich jedoch nicht der Gestalt aufeinander aus, dass sie in der Zusammenschau eine Einschränkung des Leistungsvermögens der Klägerin auf unter sechs Stunden täglich bedingen würden. In dieser Einschätzung bestätigt sieht sich der Senat durch die von Dr. J. und der Ärztin O.-P. erstatteten Gutachten und den Entlassungsbericht des Arztes Ka ... Alle drei kamen unter Berücksichtigung beider Fachgebiete zu dem Ergebnis, dass die Klägerin noch (mindestens) sechs Stunden täglich Arbeiten verrichten kann.

Bei folglich im hier streitigen Zeitraum weiterhin erhaltener Erwerbsfähigkeit war der Arbeitsmarkt der Klägerin auch nicht aus anderen Gründen verschlossen. Insbesondere an der Wegefähigkeit der Klägerin bestehen keine ernsthaften Zweifel. Neben der zeitlich ausreichenden Einsetzbarkeit eines Versicherten am Arbeitsplatz gehört zur Erwerbsfähigkeit zwar auch das Vermögen, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat dieses Vermögen nur dann für gegeben erachtet, wenn es dem Versicherten möglich ist, Entfernungen von über 500 Metern zu Fuß zurückzulegen, weil davon auszugehen ist, dass derartige Wegstrecken üblicherweise erforderlich sind, um Arbeitsstellen oder Haltestellen eines öffentlichen Verkehrsmittels zu erreichen (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juli 1988 - 5/4a RJ 57/87 -; in juris). Wegefähigkeit setzt darüber hinausgehend auch voraus, dass solche Wege in noch zumutbarer Zeit bewältigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991 - 13/5 RJ 73/90 -; in juris). Das BSG hat hierzu ausgeführt, dass für die Beurteilung dieses Zeitfaktors ein generalisierender Maßstab anzuwenden ist. Dabei kann von dem nach der Rechtsprechung des BSG zum Schwerbehindertenrecht noch üblichen Zeitaufwand von 30 Minuten für zwei km ausgegangen werden, der bereits kurze Wartezeiten und Zeiten des Herumstehens einbezieht. Umgerechnet auf 500 Meter ergibt sich so eine normale Gehzeit von 7,5 Minuten. Der Bereich des Zumutbaren wird nach Einschätzung des BSG dann verlassen, wenn der Gehbehinderte für 500 Meter mehr als das Doppelte dieser Zeit, also etwa 20 Minuten benötigt (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 1991, a.a.O.; zum Ganzen siehe zuletzt auch BSG, Urteile vom 12. Dezember 2011 - B 13 R 21/10 R und B 13 R 79/11 R -; beide in juris). Anhand dieses Maßstabs ließ und lässt sich für die Klägerin eine Einschränkung der Wegefähigkeit nicht herleiten. Sämtliche Gutachter sind übereinstimmend der Auffassung, dass die Klägerin noch in der Lage war und ist, eine solche Wegstrecke zu bewältigen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der nunmehr von der Klägerin beklagten Schmerzen im Bereich der Füße. Dafür, dass diese nicht so gravierend sind, dass sie kaum noch laufen kann und hier nur Operationen helfen würden, spricht, dass bisher noch kein Arzt bestätigt hat, dass hier nur Operationen helfen würden und die Klägerin insoweit auch nicht die gängigen Hilfsmittel wie Abrollhilfen und Einlagen, die zur Linderung der Schmerzen beitragen, benutzt. Nach der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. C. vom 17. März 2014 wurden ihr nur Fersenkissen beidseits verordnet. Gehhilfen benutzt sie nicht und solche sind nach der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. C. vom 17. März 2014 auch nicht gewünscht. Zudem beschrieb Prof. Dr. S., S. V.-Kliniken, in seinem Arztbrief vom 26. April 2012, den Dr. C. seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 17. März 2014 beigefügt hatte, ein freies und sicheres Gangbild ohne Unterarmgehstützen. Etwas anderes lässt sich auch nicht darauf stützen, dass der Klägerin das Merkzeichen Gehbehinderung zuerkannt ist. Die im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch angewandten Maßstäbe für die Zuerkennung des Merkzeichens Gehbehinderung sind andere.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-09-19