Abschrift

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

verkündet am:
7. Dezember 2017

Az.: L 8 R 30/14
Az.: S 30 R 4253/11
Sozialgericht Berlin

Justizbeschäftigte als
Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle
.....

Im Namen des Volkes
Urteil

Eingegangen
02. JAN. 2018
DR. HEIMBACH
RECHTSANWALTSKANZLEI

In dem Rechtsstreit

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwalt Dr. Robert Heimbach,
Kurfürstendamm 45, 10719 Berlin
Az.:

gegen

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Az.:

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 8. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auf die mündliche Verhandlung vom 7. Dezember 2017 durch

Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 5. Dezember 2013 und der Bescheid der Beklagten vom 26. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2011 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. Dezember 2010 zu gewähren.

Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des gesamten Rechtsstreits zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Klägerin ist geboren worden. Sie hatte ihr Berufsleben bis zum 2. Oktober 1990 in der DDR zurückgelegt. Nach einer Berufsausbildung von September 1980 bis März 1982 arbeitete sie bis zum Beginn der 1990er Jahre versicherungspflichtig. Von 1992 bis 1997 absolvierte sie ein Studium und war danach, unterbrochen durch Zeiten der Arbeitslosigkeit, wiederum berufstätig. Die letzte Beitragszeit aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung legte sie im Juli 2002 zurück. Danach bezog die Klägerin vom 1. August 2002 bis zum 9. März 2003 Leistungen der Bundesanstalt bzw. Bundesagentur für Arbeit wegen Arbeitslosigkeit. Vom 10. März 2003 bis zum 1. Februar 2005 wurde sie in Kostenträgerschaft der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zur umgeschult. Anschließend bezog sie erneut Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (vom 2. Februar 2005 bis zum 31. Januar 2006 Arbeitslosengeld und vom 1. August 2006 bis zum 30. September 2008 Arbeitslosengeld II). Während einer am 1. Februar 2006 aufgenommenen und mit Ablauf des 31. Juli 2006 wieder aufgegebenen selbstständigen Tätigkeit bezog sie keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und legte auch nicht aus anderen Gründen rentenrechtliche Zeiten zurück. Nach September 2008 enthält das Versicherungskonto keine rentenrechtlichen Zeiten mehr.

Bei der Klägerin ist seit 1993 die Schwerbehinderteneigenschaft im Sinne des Rechts der Teilhabe festgestellt. Seit 2002 sind zusätzlich die Voraussetzungen für das Merkzeichen G - erheblich gehbehindert - anerkannt.

In Kostenträgerschaft von Trägern der Rentenversicherung absolvierte die Klägerin in den Jahren 1992, 2000 und 2002 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation wegen der Folgen einer bei ihr aufgetretenen juvenilen chronischen Polyarthritis mit nachfolgenden sekundär-arthrotischen Veränderungen. In den Jahren 1992 und 2000 wurde sie jeweils arbeitsfähig und mit einem vollschichtigen Leistungsvermögen mindestens für leichte körperliche Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen entlassen. Aus der vom 30. April bis zum 4. Juni 2002 (ebenso wie im Jahr 2000) in der Rheumaklink absolvierten Reha-Maßnahme wurde sie aus-

weislich des Entlassungsberichts „arbeitsfähig“ entlassen, wobei zu der zum damaligen Zeitpunkt letzten Beschäftigung als „technische Supporterin für zugleich die Aussage getroffen wurde, diese sei der Klägerin „nicht mehr Stunden zumutbar“. Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde mit „halbschichtig / 3 bis unter 6 Stunden“ für körperlich leichte Arbeiten in allen Haltungsarten angegeben, soweit diese „zeitweise“ eingenommen würden. Zusätzlich wurden qualitative Einschränkungen benannt. Die Gehfähigkeit bei Entlassung wurde mit 50 bis 100 m (unter Nutzung einer Gehhilfe) angegeben.

Im April 2009 wurde die Klägerin im Rahmen einer zweiwöchigen stationären Behandlung mit einer Totalendoprothese (TEP) am linken Hüftgelenk versorgt. In Kostenträgerschaft der Beklagten befand sie sich dann vom 11. Mai bis zum 11. Juni 2009 zur Anschlussheilbehandlung im Reha-Klinikum . Aus ihr wurde sie „zunächst“ als arbeitsunfähig entlassen. Sie sei „gut gehfähig“ im 4-Punkt-Gang. Als Goldschmiedin könne sie weiterhin eingesetzt werden. Prinzipiell sei sie außerdem vollschichtig für leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung leistungsfähig. Zu vermeiden seien schweres Heben und Tragen, häufiges Ersteigen von Treppen sowie Leiter- und Gerüstarbeiten. Die Klinik machte im Entlassungsbericht keine Angaben zu der vorgegebenen Frage nach Arbeitsunfähigkeitszeiten in den vergangenen 12 Monaten, weil die Klägerin „nicht erwerbstätig“ sei. Während einer stationären Behandlung vom 8. bis 16. März 2010 wurde die Klägerin dann mit einer TEP am rechten Hüftgelenk versorgt. Unmittelbar im Anschluss daran befand sie sich wiederum in Kostenträgerschaft der Beklagten zur Anschlussheilbehandlung. Aus der Maßnahme im Reha-Zentrum , die nach der ursprünglichen Bewilligung am 6. April 2010 (Dienstag nach Ostern des Jahres 2010) hatte enden sollen, wurde sie auf eigenen Wunsch trotz eines von der Reha-Einrichtung gesehenen weiteren Therapiebedarfs vor den Osterfeiertagen als arbeitsunfähig entlassen. In ihrem Entlassungsbericht führte die Reha-Klinik aus, dass prognostisch eine Arbeitsfähigkeit im Beruf der vier bis fünf Monate nach der Operation zu erreichen sei. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei die Klägerin vollschichtig für leichte körperliche Arbeiten in Wechselhaltung leistungsfähig. Nicht möglich oder zu vermeiden seien Arbeiten in länger andauernder Zwangshaltung, mit Bücken und Hocken, mit Klettern auf Leitern und Gerüsten, mit Gehen auf unebenen Böden, mit Knien und häufigem Treppensteigen. Die Reha-Klinik gab an, dass in den vergange-

nen 12 Monaten: „6 und mehr Monate“ an Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bestanden hätten.

Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragte die Klägerin am 10. Dezember 2010 (Eintragung auf dem von der Beklagten ausgegebenen Antragsformular). Zur Begründung gab sie an, seit an einer juvenilen rheumatoiden Arthrose mit Deformation aller großen Gelenke zu leiden. Das Erreichen geforderter Arbeitsleistungen sei nicht vorhersehbar. Durch die Hüft-Operationen seien 2009 und 2010 über 10 Monate Arbeitsausfall entstanden, weiterer sei durch Operationen an den Füßen zu erwarten. Zur Unterstützung ihres Antrags hat sie verschiedene Unterlagen selbst vorgelegt, außerdem auf Anforderung der Beklagten einen Befundbericht des Arztes für Orthopädie Dr. vom 14. Januar 2011.

Durch Bescheid vom 28. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Juni 2011 lehnte die Beklagte den Rentenantrag ab. Die bei der Klägerin vorhandenen Krankheiten (angegeben mit: Zustand nach Hüft-TEP rechts OP und Zustand nach Hüft-TEP links OP, wie im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums) minderten ihr Leistungsvermögen nicht in rentenberechtigendem Umfang. Außerdem führte die Beklagte aus, dass die Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfülle. Ausgehend von einem möglichen Eintritt der Erwerbsminderung im Zeitpunkt des Rentenantrags (angegeben mit „16.“ Dezember 2010) habe sie in dem vom 15. Dezember 2010 bis zum 16. Dezember 2005 reichenden Fünfjahreszeitraum nur 28 Monate mit Pflichtbeiträgen zurückgelegt und damit die Mindestzahl von 36 Monaten nicht erreicht.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin geltend gemacht, schon in den Jahren ab 2003 oder sogar bereits nach der 2002 durchgeführten Reha-Maßnahme erwerbsgemindert gewesen zu sein. Die Umschulung zur habe sie nur erfolgreich absolvieren können, weil sie auch die parallel angebotenen medizinischen Reha-Angebote in Anspruch genommen habe.

Die Beklagte hat ihre - der Klägerin bereits während des Widerspruchsverfahrens gegebene - Auskunft wiederholt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungsfälle vom 1. Januar 2003 bis zum 30. April 2010 erfüllt seien. Ein Leistungsfall bereits in der Zeit ab 2002 sei nicht nachweisbar.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der Fachärztin für Allgemeinmedizin (vom 24. August 2012), des Dr. (vom 30. August 2012), des Facharztes für Neurologie Dr. (mit Datum „20.08.2012", beim Sozialgericht eingegangen am 10. September 2012) und der (vom 9. September 2012) eingeholt.

Im Auftrag des Sozialgerichts ist die Klägerin dann zunächst durch den Facharzt für Orthopädie untersucht und begutachtet worden. In seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 (Untersuchungstag 14. Mai 2013) ist er zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klägerin noch täglich vollschichtig leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen (Anteil an der täglichen Gesamtarbeitszeit 60 bis 70 %) verrichten könne. Änderungen der Körperhaltung müssten nicht in festem Rhythmus erfolgen oder jederzeit möglich sein. Nicht möglich oder nicht zuzumuten seien Arbeiten unter klimatischen Expositionen, mit einseitigen körperlichen Belastungen (im Besonderen Hinknien), unter Zeitdruck, mit Heben und Tragen von mehr als 5 kg, in Nachtschichten und auf Leitern und Gerüsten. Treppen könnten gelegentlich bestiegen werden. Die Hauptproblematik setze nach der zweiten Hüftoperation 2010 ein. Nach solchen Operationen seien durchschnittliche Rehabilitationsphasen von sechs bis neun Monaten anzusetzen (Diagnosen: Zustand nach Hüft-TEP beidseits; anamnestisch bekannte, juvenile rheumatoide Arthritis - nicht aktiver Zustand; Sprunggelenks- und Fußarthrosen beidseits; Wirbelsäulenfehlstatik im Sinne einer Hyperlordose bei Os sacrum acutum; Finger- und Handgelenksarthrose links stärker als rechts mit leichten Funktionseinschränkungen; Polyarthralgien).

Entsprechend der Empfehlung des Sachverständigen, ein neurologisches oder psychosomatisches Gutachten einzuholen, hat das Sozialgericht den Arzt für Psychiatrie und Neurologie mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. In seinem Gutachten vom 27. September 2013 (Untersuchungstag 25. September 2013) ist er zu dem Ergebnis gelangt, dass von seinem Fachgebiet her keine weitergehenden Leistungseinschränkungen für körperliche Arbeiten festgestellt werden könnten als in dem orthopädischen Gutachten. In der Ausübung geistiger Arbeiten entsprechend ihrem Ausbildungsstand sei die Klägerin durch die von ihm festgestellten Krankheiten nicht eingeschränkt. Eine nervenärztliche Behandlung zur Überwindung des komplexen psychischen Störungsbildes werde angeraten, regressive Behandlungsstrategien seien zu vermeiden (Diagnosen auf dem Fachgebiet des

Sachverständigen: Dissoziative Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, länger andauernde depressive Belastungsreaktion).

Die Klägerin hat in der Folge die Auffassung vertreten, aus dem Gutachten ergebe sich, dass sie erst nach einer nervenärztlichen Behandlung wieder leistungsfähig sein werde.

Durch Gerichtsbescheid vom 5. Dezember 2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Nach dem Ergebnis der eingeholten Gutachten sei die Klägerin noch in der Lage, täglich wenigstens sechs Stunden leichte körperliche Arbeiten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts zu verrichten. Die Gutachten seien sorgfältig und nachvollziehbar begründet. Die teilweise abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte seien deshalb nicht zu rechtfertigen. Einer weiteren nervenärztlichen Begutachtung bedürfe es nicht. Der Sachverständige sei zu dem Ergebnis gekommen, dass das quantitative Leistungsvermögen erhalten sei. Er gehe davon aus, dass die Klägerin lediglich deshalb dringend einer psychiatrischen Behandlung bedürfe, um die qualitative Leistungsminderung zu beseitigen. Der bei der Klägerin festgestellte Grad der Behinderung sei für den geltend gemachten Anspruch nicht relevant.

Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr Anliegen weiter. Die erstinstanzlich eingeholten Gutachten würden ihrem komplexen Krankheitsbild nicht gerecht. Der Sachverständige erwähne die bestehende rheumatische Erkrankung zwar, leite Leistungseinschränkungen aber nur aus den orthopädischen Krankheitsbildern her. Auch der Sachverständige habe keinen Zusammenhang zwischen dem von ihm festgestellten Schmerzsyndrom und dem rheumatischen Leiden festgestellt. Abgesehen davon scheine er auch davon auszugehen, dass eine quantitative Leistungsminderung vorliege, die aber durch nervenärztliche Behandlung behebbar sei. Angesichts der bestehenden Chronifizierung werde bestritten, dass ein „Behandlungsfall" vorliege. Auch ein solcher begründe aber ein aufgehobenes Leistungsvermögen.

Die Klägerin beantragt,

> den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 5. Dezember 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 28. Januar 2011 in der Gestalt des Wider-

spruchsbescheides vom 24. Juni 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 1. Dezember 2010 Rente wegen voller, hilfsweise wegen teilweiser Erwerbsminderung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung und ihre Bescheide für zutreffend. Sie hat einen Versicherungsverlauf mit dem Stand vom 28. November 2016 vorgelegt.

Der Senat hat Befundberichte der (vom 19. August 2014), der (vom 24. August 2014) und der Allgemeinmedizinerin (vom 2. September 2014) eingeholt. Die Klägerin hat in der Folge auf Anfrage des Senats mitgeteilt, dass sie vom 28. Februar bis zum 26. Juli 2014 teilgenommen habe. Sie habe jedoch festgestellt, dass sie dies physisch überfordert habe, wie die Ausübung oder einer anderen Beschäftigung überhaupt.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat den Facharzt mit der Untersuchung und Begutachtung der Klägerin beauftragt. In seinem Gutachten vom 6. Februar 2015 (Untersuchungstag 15. Dezember 2014) ist er zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klägerin nur noch täglich weniger als drei Stunden zu leichten körperlichen Arbeiten mit qualitativen Einschränkungen in der Lage sei. Dies beruhe insbesondere auf den ständig bestehenden Schmerzzuständen, die sich nach körperlicher und geistiger Belastung verstärkten und dann auch nicht mehr von der Klägerin kontrolliert werden könnten. Zusätzlich müsse sie in der Lage sein, selbstbestimmt Pausen einlegen zu können, die nicht plan- oder vorhersehbar seien. Die festgestellten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden wenigstens seit dem Zeitpunkt der Untersuchung, darüber hinaus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits seit dem Zeitpunkt des Rentenantrags und möglicherweise bereits vorher. Eine Besserung sei nicht zu erwarten. Mit den Gutachten der Sachverständigen und bestehe keine Übereinstimmung, weil sie die chronische irreversible Störung der Schmerzverarbeitung im Sinne einer chronischen

Schmerzkrankheit außer acht ließen (Diagnosen: chronischer Schmerz mit eigenständigem Krankheitswert; Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen; depressives Syndrom; Zustand nach Hüft-Endoprothesen beidseits; Erkrankung des rheumatischen Formenkreises).

Die Beklagte hat sich zu dem Gutachten unter Bezug auf eine beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes , geäußert. Danach könne sie wegen des vorliegenden Gutachtens des mit ausreichender Sicherheit nur einen Leistungsfall für den Zeitpunkt der Untersuchung durch feststellen. Entgegen der Äußerung von erscheine ein Leistungsfall vorher eher vage.

Der Senat hat daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen eingeholt. In seiner Äußerung vom 9. September 2015 ist er für den Zeitpunkt der Erstellung seines Gutachtens bei seiner Auffassung zum Leistungsvermögen der Klägerin geblieben.

Die Klägerin hat das Gutachten des verteidigt und zur Unterstützung ihrer Auffassung einen Skelett-Szintigraphiebefund der Gemeinschaftspraxis für Nuklearmedizin u.a. vom 7. Juni 2016 und einen Arztbrief des Facharztes für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie vom 28. Juni 2016 eingereicht.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, dass auch diese Unterlagen nicht den Nachweis dafür erbringen könnten, dass ein Leistungsfall bereits vor der Untersuchung durch eingetreten sei.

Die Gerichtsakten einschließlich eines Sonderhefts mit Kopien aus der Schwerbehindertenakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt dieser Aktenstücke Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist begründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin deshalb in ihren Rechten. Sie hat Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. Dezember 2010.

Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie (1.) teilweise erwerbsgemindert sind, (2.) in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und (3.) vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind 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 (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI).

Gemäß § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI haben Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie voll erwerbsgemindert sind. Die weiteren Voraussetzungen nach § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB VI entsprechen denen nach § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB VI. Voll erwerbsgemindert sind 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 (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI).

Gemäß § 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.

Der Nachweis einer vollen Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ist für die Zeit ab 8. März 2010 (Aufnahme zur stationären Behandlung wegen Versorgung mit der Hüft-TEP rechts) erbracht. Dies ergibt sich aus den sich insoweit ergänzenden Feststellungen der Sachverständigen

Dr. hatte aus der Sicht seines Fachgebiets zwar keine dauerhaften zeitlichen Leistungseinschränkungen auf weniger als sechs Stunden feststellen können. Er hat jedoch ausdrücklich ausgeführt, dass von einem konstanten Leistungsprofil in dem von ihm beschriebenen Umfang von täglich mindestens sechs Stunden mit qualitativen Einschränkungen erst nach einer Rehabilitationsphase ausgegangen werden könne, die er mit sechs bis neun Monate nach der zweiten Hüftoperation beziffert hat und die dementsprechend „spätestens" Ende des Jahres 2010 beendet gewesen sei. Aus den Ausführungen des Sachverständigen ist abzuleiten, dass die Klägerin seit der Aufnahme in die stationäre Behandlung und jedenfalls noch im Zeitpunkt des Rentenantrages mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit noch nicht in der Lage war, einer Erwerbsarbeit regelmäßig nachzugehen.

Der Leistungsfall ist auf den Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Behandlung am 8. März 2010 zu datieren, weil jedenfalls ein derart weitreichender ärztlicher Eingriff wie die Versorgung mit einem künstlichen Gelenk nach Möglichkeit zum Ziel hat, vorhandene gesundheitsbedingte Funktionsstörungen zu bessern.

Die Prognose von Dr. über den anzusetzenden Zeitraum für eine Wiederherstellung der Fähigkeit zu regelmäßiger Erwerbstätigkeit aus orthopädischer Sicht wird durch die Erkenntnisse gestützt, welche die Reha-Klinik in ihrem Entlassungsbericht – unbeschadet der Meinungsverschiedenheit mit der Klägerin über den Zeitpunkt der Beendigung – zur Befundlage und zum weiterhin bestehenden Rehabilitations- beziehungsweise Behandlungsbedarf mitgeteilt hatte. Danach hatte sich bei der Aufnahme in die Reha-Klinik noch eine „erhebliche" Einschränkung der Hüftbeweglichkeit gezeigt. Die Beugung des operierten rechten Hüftgelenks bei Alltagsbelastungen war nach dem knapp zweieinhalb Wochen dauernden Aufenthalt erst um möglich und damit objektiv nur geringfügig besser als noch bei Beendigung der ersten Anschlussheilbehandlung (ausweislich des Entlassungsberichts des Reha-Klinikums betrug das Beugemaß des rechten Hüftgelenks zum damaligen Zeitpunkt). Nur in Therapiesituationen seien „mühsam" erreicht worden. Die Bewegungsausmaße seien „äußerst schwierig" auszuweiten gewesen. Jedenfalls die für eine anhaltende aufrechte Sitzposition notwendige Beugefähigkeit des Hüftgelenks war damit noch nicht erreicht. Außerdem bestanden Hüftschmerzen, die von der Reha-Klinik als „postoperativ" bezeichnet wurden.

Darüber, dass die Klägerin an den für sie vorgesehenen Anwendungen nicht ausreichend mitgewirkt hätte, wird nichts berichtet. Die Reha-Klinik hatte dann zwar selbst eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit prognostisch in vier bis fünf Monaten nach der Operation für möglich gehalten. Die weitergehende prognostische Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen überzeugt aber deshalb, weil sein Gutachten neben seinen eigenen beruflichen Erfahrungswerten auf einer ausführlichen körperlichen Untersuchung und umfassenden Würdigung aller aktenkundigen medizinischen Unterlagen beruht. Weil zu diesen Unterlagen der im Verwaltungsverfahren eingereichte Befundbericht des behandelnden Orthopäden vom 14. Januar 2011 gehört, ist es gerechtfertigt, einen fortbestehenden – orthopädischen – Rehabilitationsbedarf am oberen Ende der von angegebenen Zeitspanne als gesichert anzusehen. hat eine Besserung der Symptomatik für die Zeit ab dem 17. Dezember 2010 angegeben, wobei er eine (weitere) Besserung der Leistungsfähigkeit durch eine medizinische Rehabilitation als möglich ansah. Die im Zeitpunkt der Abgabe des Befundberichts im Januar 2011 bestehenden orthopädischen Beschwerden der Klägerin hat er – bezogen auf – erst ab dann mit (nur) noch bestehenden Einschränkungen von angegeben. Die Narbe wird dagegen als reizfrei bezeichnet, Hüftschnappen oder Druckschmerz über dem Trochanter major zeigten sich nicht.

Bereits isoliert für diesen Zeitraum war die Klägerin deshalb im Sinne des § 43 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 SGB VI auf nicht absehbare Zeit erwerbsgemindert. Ob aus medizinischen Gründen lediglich eine teilweise Erwerbsminderung vorlag, die wegen des als verschlossen anzusehenden Teilzeitarbeitsmarkts „nur" aus Arbeitsmarktgründen einen Leistungsfall der vollen Erwerbsminderung begründete, oder ob das Leistungsvermögen der Klägerin allein aus medizinischen Gründen bei weniger als drei Stunden lag, kann dahingestellt bleiben. Die Klägerin war jedenfalls nicht „nur" arbeitsunfähig, also vorübergehend nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Bei Personen, die längerdauernd nicht erwerbstätig sind, ist der Bezugspunkt von „Arbeitsunfähigkeit" im Sinne des Rechts der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zwar der allgemeine Arbeitsmarkt und nicht mehr die zuletzt vorher konkret ausgeübte berufliche Beschäftigung (s. dazu stellvertretend BSG, Urteil vom 25. Februar 2010 – B 13 R 116/08 R -, SozR 4-2600 § 58 Nr. 11 m.w.Nachw.). Insoweit dient aber gerade das Tatbestandsmerkmal der „nicht absehbaren Zeit" der Ab-

grenzung zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung. Auf nicht absehbare Zeit liegt eine Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens vor, wenn sie rückschauend mehr als sechs Monate andauert (s. zum insoweit gleichlautenden Recht der Reichsversicherungsordnung BSG, Urteil vom 23. März 1977 – 4 RJ 49/76 -, SozR 2200 § 1247 Nr. 16, auch dazu, dass der Versicherungsträger gehalten sein kann, den Ablauf eines halben Jahres abzuwarten, bevor er über einen Leistungsantrag entscheidet; dazu, dass eine Erwerbsminderung weitergehend bereits vorliegen kann, wenn ein Sechsmonatszeitraum noch nicht abgelaufen ist, s. BSG, Beschluss vom 31. Oktober 2012 – B 13 R 107/12 B -, SozR 4-2600 § 43 Nr. 19). Wie ausgeführt, war das Leistungsvermögen der Klägerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt jedenfalls aufgrund des orthopädischen Leidens für die Zeit ab der Krankenhausaufnahme am 8. März 2010 bis zum Rentenantrag am 10. Dezember 2010 und von daher für neun Monate mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf weniger als sechs Stunden gesunken.

Für die Zeit ab dem Rentenantrag ist der Nachweis eines auf nicht absehbare Zeit auf unter drei Stunden gesunkenen Leistungsvermögens und damit einer vollen Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen durch das Gutachten des Sachverständigen erbracht. Er besitzt als leitender Arzt einer auf die Schmerzbehandlung eingerichteten medizinischen Einrichtung besondere Fachkunde in der Diagnostik von Schmerzen und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Bei seiner Beurteilung des Krankheitsbildes hat er zudem ausdrücklich die Kriterien angewendet, die in der von den Trägern der Rentenversicherung herausgegebenen Literatur zur sozialmedizinischen Begutachtung genannt werden. Er hat vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und damit überzeugend herausgearbeitet, dass sich die bei der Klägerin bereits länger bestehenden – auch in dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik erwähnten – Schmerzzustände jedenfalls in der Zeit seit dem Rentenantrag bereits so verfestigt hatten, dass sich eine eigenständige, ständig bestehende Krankheit entwickelt hatte. Folgerichtig hat er aus dem ausführlich beschriebenen Krankheitsbild abgeleitet, dass dieses der Klägerin eine täglich wenigstens drei Stunden umfassende körperliche Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht mehr ermöglicht. Es ist ohne Weiteres plausibel, wenn er jegliche körperliche oder auch geistige Arbeit als potentiell den ohnehin vorhandenen Schmerz verstärkend und von der Klägerin nicht zu kontrollieren be-

schreibt. In gleicher Weise nachvollziehbar ist, dass sich daraus jederzeit die Notwendigkeit von Pausen ergeben kann, deren Zeitpunkt sich nach den Bedürfnissen der Klägerin und nicht nach betrieblichen Notwendigkeiten richtet. Mit Blick auf den langdauernden Krankheitsverlauf ist schließlich auch die Aussage des Sachverständigen überzeugend, dass es sich um einen Dauerzustand handelt, der eher eine Progredienz, jedoch keine Besserung mehr erwarten lässt.

Der Aussagewert des Gutachtens von wird nicht durch die von Amts wegen eingeholten Gutachten der Sachverständigen und in Frage gestellt. konnte fachkundig eine Leistungseinschätzung nur für sein eigenes Fachgebiet der Orthopädie abgeben und hat sich auch nicht tragend fachfremd geäußert. Vielmehr hatte er eine neurologische bzw. psychosomatische Begutachtung dringend als erforderlich angesehen. Insofern unterlag der Sachverständige Dr. bei seiner Kritik an dem Gutachten von möglicherweise auch einem Missverständnis, wenn er aus einer Stelle dieses Gutachtens abgeleitet hat, dass der orthopädische Sachverständige die orthopädischen Leiden als „im Mittelpunkt" der bei der Klägerin bestehenden Krankheiten stehend angesehen hat. Der vom Sozialgericht dann beauftragte Sachverständige ist zwar von seiner fachlichen Qualifikation her geeignet gewesen, die von angegebenen Gebiete abzudecken. Speziell das der „Psychosomatik" ist aber nicht gleichbedeutend mit dem der Diagnostik und Behandlung von Schmerzerkrankungen. Sachnäher ist insoweit das von dem Sachverständigen abgedeckte der Anästhesiologie (s. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, Stichworte Psychosomatik und Anästhesiologie). Ergibt sich die Überzeugungskraft des Gutachtens von somit vorrangig aus dessen besonderer Fachkunde im Bereich der Beurteilung von Schmerzkrankheiten, so kann dessen Kritik an dem Gutachten von außer acht gelassen werden. Sie trägt allerdings von daher nicht, als sich die Vorhalte von auf Aussagen beziehen, die für die seiner besonderen Fachkunde unterliegenden Gebiete gemacht hat (für das wiederum eine besondere Sachkunde von nicht erkannt werden kann). Von daher folgerichtig beschränkt sich die Replik von darauf, sich mit den sein Fachgebiet betreffenden Vorhalten auseinanderzusetzen.

Dem Gutachten von folgt der Senat lediglich insoweit nicht, als er seine Übereinstimmung mit einer vorgeblich in dem Entlassungsbericht der Rheumaklinik vom 22. November 2000 enthaltene Aussage zu einem halbschichtigen bzw. drei bis unter sechsstündigen Leistungsvermögen erklärt. Das von dem Sachverständigen zitierte Blatt der Schwerbehindertenakte, in dem sich ein entsprechender Satz findet, gehört zum einen nicht zu dem Entlassungsbericht vom 22. November 2010, sondern zu dem vom 10. Juni 2002 betreffend die 2002 in derselben Klinik durchgeführte medizinische Rehabilitation. Zum anderen ist diesem Entlassungsbericht eine solch eindeutige Aussage nicht zu entnehmen. Vielmehr erscheint das Dokument widersprüchlich: Die Klägerin soll danach als „arbeitsfähig" im letzten Beruf aufgenommen (Blatt Entlassungsberichts), dann aber als nicht mehr leistungsfähig im bisherigen Beruf (wobei eine Stundenzahl aus nicht nachzuvollziehenden Gründen nicht angegeben worden ist) und mit einem auf unter sechs Stunden gesunkenen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (ebenda) – gleichwohl jedoch „arbeitsfähig" (Blatt 1, Formulareintrag) - entlassen worden sein. Der Sachverständige hat sich auch nicht dazu geäußert, ob die von 2003 bis 2005 absolvierte Umschulung zur nicht leidensgerecht gewesen sein könnte, obwohl die Klägerin sie erfolgreich beendet hatte. Für diese Feststellungen bezeichnet der Sachverständige mit anderen Worten keine ausreichenden Anknüpfungstatsachen.

Für den nachgewiesenen Leistungsfall am 8. März 2010 erfüllt die Klägerin auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sie hat die allgemeine Wartezeit von sechzig Monaten mit Beitragszeiten (§ 50 Abs. 1 Satz 1 i.V. mit §§ 51 Abs. 1 Satz 1 und 55 SGB VI) bereits durch ihre noch während der DDR seit zurückgelegten Zeiten der Versicherungspflicht erfüllt (§ 248 Abs. 3 SGB VI). Innerhalb des vom 7. März 2010 bis zum 8. März 2005 reichenden Fünfjahreszeitraums hat sie ferner auch die sogenannte Drei-Fünftel-Belegung mit (mindestens) drei Jahren (entsprechend 36 Monaten) Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit erreicht. Im Einzelnen hat sie

- vom 1. August 2006 bis zum 30. September 2008 in jedem Kalendermonat Pflichtbeitragszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II, entsprechend 26 Monate (die Zeiten des Bezugs dieser Sozialleistung sind gemäß § 55

Abs. 2 Nr. 2 i.V. mit § 3 Satz 1 Nr. 3a SGB VI in der bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung den Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gleichgestellt) und

- vom 8. März 2005 bis zum 31. Januar 2006 in jedem Kalendermonat Pflichtbeitragszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld, entsprechend 11 Monate (die Zeiten des Bezugs dieser Sozialleistung sind gemäß § 55 Abs. 2 Nr. 2 i.V. mit § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI den Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gleichgestellt)

zurückgelegt, insgesamt somit 37 Monate.

Der Beginn der Rente folgt aus § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI. Der Rentenantrag war mehr als drei Monate nach dem anspruchsbegründenden medizinischen Ereignis gestellt worden. Ob im Zeitpunkt des Leistungsfalls prognostisch noch eine Besserungsaussicht bestanden hat mit der Folge, dass zunächst nur die Gewährung einer Zeitrente in Betracht gekommen wäre (§ 102 Abs. 2 Sätze 1 und 5 SGB VI), kann dahingestellt bleiben. Die Karenzfrist des § 101 Abs. 1 SGB VI, wonach befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet werden, war am 1. Oktober 2010 und damit vor dem nach § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB VI maßgeblichen Rentenbeginn abgelaufen. Die Dauer der Rente beruht auf § 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI. Wie bereits ausgeführt, ist nach dem Gutachten des prognostisch nicht damit zu rechnen, dass die bei der Klägerin bestehende volle Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen behoben werden kann. Grundsätzlich besteht der Rentenanspruch deshalb bis zum Ablauf des Monats, in dem die Klägerin die Altersgrenze für die Regelaltersrente erreicht (§ 43 Abs. 2 Satz 1 Einleitungssatz i.V. mit §§ 100 Abs. 3, 235 SGB VI).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor.