

L 2 R 4547/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 R 246/01
Datum
31.05.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 R 4547/06
Datum
17.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts vom 31. Mai 2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Die am 1963 geborene Klägerin absolvierte eine Ausbildung im mittleren nichttechnischen Verwaltungsdienst bei der Stadt L. in der Zeit vom 1. August 1980 bis 30. September 1982. Danach arbeitete sie ein Jahr lang bei der Volkszählung und war anschließend vom 1. April 1984 bis 31. Dezember 1991 in Stuttgart bei dem Landesamt für Besoldung und Versorgung tätig. Vom 1. Januar 1992 bis zum 28. Februar 1993 war sie zunächst versicherungsfrei tätig und arbeitete dann bei der Firma B. in B. noch bis zum 31. Dezember 1996 als kaufmännische Angestellte. Anschließend war sie zwei Monate lang bei der Firma H. in L. angestellt und ab dem 1. März 1997 bei der Firma AMG in B. als kaufmännische Angestellte beschäftigt.

Im Juli 1997 erlitt sie einen Zeckenbiss und war daraufhin zunächst vier Tage arbeitsunfähig. Ab 4. Mai 1998 war sie erneut arbeitsunfähig erkrankt. Sie bezog ab 5. Juni 1998 Krankengeld. Ihr Beschäftigungsverhältnis endete am 27. Oktober 1999. Anschließend war sie arbeitslos. Vom 18. Mai bis 8. Juni 1999 nahm sie eine stationäre Heilbehandlung auf Kosten der Krankenkasse wahr. In dem Bericht der Fachklinik für Internistische und Psychosomatische Rehabilitation Ko. vom 23. Juni 1999 werden als Diagnosen genannt: Lyme-Borreliose sowie psychophysischer Erschöpfungszustand.

Am 21. Juli 1999 beantragte die Klägerin wohl auf Anraten der Krankenkasse die Gewährung einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Die Beklagte ließ die Klägerin von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. untersuchen und begutachten. In seinem Gutachten vom 19. Januar 2000 kommt Dr. G. zu dem Ergebnis, bei der Klägerin bestünde ein ausgeprägtes psychosomatisches Beschwerdebild im Rahmen einer neurotischen Persönlichkeitsstörung sowie eine abgelaufene Lyme-Borreliose. Hinsichtlich der Lyme-Borreliose seien inzwischen drei Infusionsbehandlungen durchgeführt worden. Angeblich seien die Borreliose-Antikörper konstant erhöht. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht bestünde ein Verdacht auf ein ausgeprägtes psychosomatisches Beschwerdebild im Rahmen einer neurotischen Fehlentwicklung. Die gesamten psychosomatischen Beschwerden würden auf die festgestellte Borreliose-Infektion bezogen. Die Borreliose-Infektion sei bereits intensiv antibiotisch mit Infusionen behandelt worden. Die Klägerin sei nicht bereit zu akzeptieren, dass ihre Beschwerden psychosomatischen Ursprungs sein könnten. Insgesamt sei die Klägerin aus neurologisch-psychiatrischer Sicht in der Lage, Bürotätigkeiten vollschichtig auszuüben. Auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne besonderen Zeitdruck seien vollschichtig möglich. Mit Bescheid vom 31. Januar 2000 lehnte die Beklagte daraufhin die Gewährung einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ab.

Die Klägerin erhob gegen diesen Bescheid Widerspruch. Sie ließ vortragen, die Borrelioseerkrankung sei nicht folgenlos ausgeheilt. Es liege noch immer eine aktuelle und noch aktive Erkrankung vor, die therapierefraktär sei. Die Beklagte ließ die Klägerin daraufhin von dem Internisten und Rheumatologen Priv.-Doz. Dr. B. untersuchen und begutachten. In seinem Gutachten vom 4. Juli 2000 kommt Priv.-Doz. Dr. B. zu dem Ergebnis, bei der Klägerin bestünde ein HWS-Syndrom, abgelaufene Lyme-Borreliose, Leberzellschaden, psychosomatischer Erschöpfungszustand sowie ein mit Fragezeichen versehenes Post-Lyme-Syndrom. Insgesamt gesehen sei die Klägerin in ihrer Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sowie in sonstigen leichten Berufstätigkeiten weiterhin vollschichtig einsetzbar. Mit Widerspruchsbescheid vom

17. Januar 2001 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin, die im August 2000 zum zweiten Mal geheiratet hatte, zurück.

Mit der am 2. Februar 2001 erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Ziel weiterverfolgt und ein ärztliches Attest von Dr. K. vom 15. März 2000 vorgelegt, in dem dieser die Auffassung vertrat, die Klägerin sei auf absehbare Zeit erwerbsunfähig. Das Gericht hat zunächst Beweis erhoben durch Einholung gutachtlicher Stellungnahmen von Dr. W. aus M. sowie Dr. K. aus U ... Der Arzt für Innere Medizin Dr. K. hat in seinem Bericht vom 23. Mai 2001 ausgeführt, die Klägerin leide an Lyme-Borreliose, chronisch-persistierend, therapierefraktär, Antiphospholipid-Antikörpersyndrom, Thyreoiditis autoimmune, Chronic fatigue syndrome, Intestinales "bacterial overgrowth", Lactoseintoleranz, Medikamentenallergien gegen Penicillin und Doxycyclin. Am 10. September 2001 hat er ergänzend ausgeführt, die Klägerin könne nicht mehr acht Stunden täglich arbeiten. Die maximal erbringbare Leistung liege unter vier Stunden Arbeitszeit täglich. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. W. hat in seinem Bericht vom 17. Juli 2001 dargelegt, die Klägerin sei in ihrem derzeitigen Zustand nicht in der Lage, einer regelmäßigen Arbeit von acht Stunden täglich nachzugehen. Er sehe keine Möglichkeit einer regelmäßigen Arbeitstätigkeit. Die Klägerin werde immer wieder von einer pathologischen Müdigkeit erfasst und sie sei kaum in der Lage, die Praxis ohne fremde Hilfe aufzusuchen. Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von Priv.-Doz. Dr. St., dem Chefarzt der Medizinischen Klinik II der SLK-Kliniken in H ... In seinem Gutachten vom 22. April 2003 führt Priv.-Doz. St. aus, bei der Klägerin bestünde eine Anpassungsstörung, Verdacht auf Rentenneurose. Die Arbeitsfähigkeit der Klägerin sei uneingeschränkt. Die Klägerin sei damit durchaus in der Lage, ihren bisherigen Beruf als kaufmännische Angestellte auch mit Computertätigkeit weiterhin auszuüben. Die körperliche Konstitution sei bis auf einen Trainingsmangel als altersentsprechend einzustufen.

Das Gericht hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. B. vom Psychiatrischen Zentrum N.in W ... In seinem Gutachten vom 20. Juni 2003 führt Prof. Dr. B. unter anderem aus, eine distal-symmetrische Polyneuropathie im Bereich der unteren Extremitäten und zwar sowohl axonal als auch demyelinisierend habe ausgeschlossen werden können. Bei der Klägerin bestünde lediglich eine Dysthymie, also eine nur subjektiv empfundene chronische depressive Verstimmtheit. Eine Tätigkeit als kaufmännische Angestellte könne die Klägerin weiterhin vollschichtig verrichten. Auf Antrag der Klägerin hat das Gericht Prof. Dr. R. aus Nürnberg mit Schreiben vom 6. August 2003 zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstellung eines Gutachtens über die Klägerin beauftragt. In der Folge wurde Prof. Dr. R. mehrfach zur Vorlage des Gutachtens aufgefordert. Das SG hat schließlich Ordnungsgelder gegen Prof. Dr. R. verhängt und den Gutachtensauftrag aufgehoben. Es hat daraufhin auf Antrag der Klägerin den Arzt für Innere Medizin Dr. L. aus W. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Mit Schreiben vom 20. April 2006 gab Dr. L. die Akten zurück und bat um Entbindung vom Gutachtensauftrag. Er führte aus, nach gründlichem Studium der Akten habe er festgestellt, dass die wesentlichen Gutachten zu dieser Rechtssache so umfangreich und gründlich erstellt worden seien, dass er nach seiner Überzeugung keine weiterführenden Aussagen von fachlichem Wert treffen könne. Nach der Ladung zur mündlichen Verhandlung beantragte der Klägerbevollmächtigte mit Fax vom 15. Mai 2006 Vergütung sowie Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#), wobei der Gutachter noch benannt werde, da die Klägerin bis heute keinen anderen Gutachter habe ausfindig machen können. Die Klägerin hat dem SG noch ein Schreiben von Dr. L. vorgelegt, in dem dieser noch einmal ausführt, die vorhandenen Gutachten seien umfangreich und gründlich erstellt worden. Er habe eine Begutachtung deshalb abgelehnt, weil er nicht ein Obergutachten habe abgeben wollen. Es sei aber durchaus denkbar, dass ein anderer Fachmann beim Lesen des umfangreichen Aktenmaterials zu einem anderen Schluss als er käme.

Mit Urteil vom 31. Mai 2006 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, die bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen seien insgesamt nicht so stark ausgeprägt, dass sie dadurch gehindert wäre, einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies stehe fest auf Grund der von der Beklagten im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr. G. und Priv.-Doz. Dr. B. sowie der Gutachten der Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. St. und Prof. Dr. B. ... Danach stehe fest, dass auf internistischem Fachgebiet keinerlei Erkrankungen hätten festgestellt werden können, die das Leistungsvermögen der Klägerin beeinträchtigen könnten. Der gesamte körperliche Untersuchungsbefund sei altersentsprechend unauffällig gewesen. Es hätten sich weder Gelenkschwellungen noch pathologische Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit noch Lymphknotenschwellungen gefunden. Auch sonographisch hätten sich keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten gezeigt und auch der Ultraschallbefund des Abdomens habe einen Normalbefund ergeben, ebenso wie die Doppler-Echokardiographie des Herzens. Im Belastungs-EKG habe sich lediglich aus Gründen des Trainingsmangels ein überschießender Blutdruck und Frequenzanstieg gezeigt. Laborchemisch habe sich eine diskrete Erhöhung der Leukozyten ergeben. Die Borrelien-Titer seien auch in der Kontrolle unspezifisch gewesen. Die Klägerin sei am Untersuchungstag durchaus in der Lage, die ca. achtstündige Untersuchung und Diagnostik ohne besondere körperliche Erschöpfung hinter sich zu bringen, so dass die beklagte Beschwerdesymptomatik sicherlich auf eine Somatisierung zurückzuführen sei, wozu auch die konstante Persistenz und die Therapieresistenz passe. Bis auf einen gewissen Trainingsmangel hätten keine fassbaren organischen Störungen festgestellt werden können. Im Übrigen habe auch ein positiver Borreliose-Titer an sich keinen Krankheitswert und sei auch die Diagnose einer Borreliose durch den Nachweis spezifischer Antikörper im Serum problematisch. Zudem sei weder zurzeit noch in den vorliegenden Voruntersuchungen außer einer anfänglichen Hautrötung mit Fieber bei zunächst negativem und später fraglichem Borrelien-Titer eine klinische Manifestation mit Lymphknotenschwellungen, Gelenkschwellungen oder Bewegungseinschränkungen, Herzmanifestation oder Ähnlichem beschrieben worden. Hinzu komme auch, dass die Beschwerden unabhängig von jeder antibiotischen Behandlung weiter bestünden. Insgesamt sei die Klägerin damit aus internistischer Sicht in der Lage, vollschichtig ihren Beruf als kaufmännische Angestellte auch mit Computertätigkeit weiterhin auszuüben. Auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei lediglich eine Dysthymie, also eine nur subjektiv empfundene chronische depressive Verstimmtheit festzustellen, die die Klägerin nicht hindere, eine Tätigkeit als kaufmännische Angestellte weiterhin vollschichtig zu verrichten. Anlässlich der Begutachtung hätten bei der Klägerin weder hirnorganische Beeinträchtigungen noch depressive Symptome festgestellt werden können, die einer derartigen Tätigkeit entgegenstünden. Nachdem die Klägerin damit in der Lage sei, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verwaltungsangestellte vollschichtig zu verrichten, sei die Klägerin weder berufsunfähig noch gar erwerbsunfähig.

Gegen dieses ihrem Bevollmächtigten am 14. August 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30. August 2006 Berufung beim SG eingelegt und im Wesentlichen weiterhin geltend gemacht, sie sei aufgrund der Auswirkungen einer chronischen Lyme-Borreliose erwerbsunfähig.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 31. Mai 2006 und den Bescheid vom 31. Januar 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Januar 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin ab Antragstellung Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hilfsweise Berufsunfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihren Bescheid für rechtmäßig.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) von der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Chirotherapie und Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H., die in ihrem Sachverständigengutachten vom 2. Juni 2007 zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die Klägerin unter einer chronisch-persistierenden Borreliose; Teilläsion des linken Hypophysenhinterlappens (11HL) und einem Antiphospholipid-Antikörpersyndrom mit der Folge eines wechselnd ausgeprägten Diabetes insipidus zentralis mit Polyurie und Polydipsie, einer Störung der Hypothalamusfunktion mit inadäquater Temperaturregulation, Störung der Wärmeregulation mit Friernigung und rezidivierend auftretender Raynaudsymptomatik, Schweißsekretion mit profusem Schwitzen, v.a. nachts sowie einer Störung des Wasserhaushaltes, des Blutdruckes, der Sexualfunktion und des Schlaf-Wachrhythmus leide. Weiterhin bestünden neurologische Defizite mit einer diskreten beinbetonten Hemiparese links, polyneuropathischen Sensibilitätsstörungen am Rumpf sowie Dysästhesien (Brennschmerzen) am rechten Gesäß sowie eine chronische Reizung der Meningen mit therapieresistenten Kopfschmerzen und aktuell zusätzlich eine Funktionsstörung von HWK 2/3 links mit begleitendem Muskelhartspann, die zum derzeitigen Kopfschmerzsyndrom beigetragen haben könnte (passagere Schmerzverstärkung), chronische Irritation einiger Hirnnerven wie z.B. des 2. Hirnnerven (N. opticus) mit Verschwommensehen, des 3. Hirnnerven (N. okulomotorius) mit rezidivierender Lidptose links und Schmerzen bei den Augenbewegungen sowie erhöhter Blendempfindlichkeit, aber auch des 7. Hirnnerven (N. facialis), sichtbar an dem Symptom Hyperakusis und des 8. Hirnnerven (N. vestibulo-cochlearis) mit dem Symptom ungerichteter Schwindel, Autoimmunprozesse, die zu körperlichen Beschwerden führen wie z.B. zu depressiven Verstimmungen bei Autoantikörpernachweis gegen Serotonin oder zu einer Hashimoto-Thyreoiditis mit der Folge von Schilddrüsenfunktionsstörungen, die seit längerem mit einer Schilddrüsenhormon-Substitutionstherapie kompensiert würden, Eisenmangelanämie unklarer Genese mit den Kardinalsymptomen Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, die die Borrelien-bedingte Müdigkeit und Antriebsstörung verstärkt haben dürfte. Außerdem sei ein Z.n. Borna-Vireninfektion nachgewiesen worden, die ebenfalls für chronische Müdigkeitssymptome verantwortlich gemacht werde (typische Erreger beim sog. Chronic Fatigue-Syndrom (CFS)), sekundäre Ovarialsuffizienz bei Erhöhung der Gonadotropine FSH und Prolaktin mit Libidoverlust und ungewollter Kinderlosigkeit, Verdauungsstörungen bei nachgewiesener Lactoseintoleranz und Dysbiose. Diese Krankheiten und Symptome schränkten die Leistungsfähigkeit der Klägerin umfassend ein, denn sie beträfen die zentrale Regelung des Organismus. Da die Körperfunktionen auf so vielen Ebenen betroffen seien und es bei der Klägerin dadurch nie zu einem Zustand des Wohlbefindens komme, sei sie auch in keiner Weise arbeitsfähig. Selbst ihre täglichen Arbeiten im eigenen Haushalt könne sie nicht ohne Hilfe bewältigen, da sie ständig nur müde und erschöpft sei und auch keinen erholsamen Nachtschlaf habe wegen der Pollakisurie. Die Klägerin könne deshalb keine wirtschaftlich verwertbare Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr verrichten, da sie weder die körperliche Kraft dafür aufbringen könne noch dafür aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen die mentalen Voraussetzungen habe. Die Klägerin könne nicht mehr selbständig Autofahren und auch wegen der Beinparese links und ihrer permanenten Erschöpfung keine längeren Strecken zu Fuß mehr zurücklegen. Das heutige Krankheitsbild habe im Juli 1997 mit der Borrelieninfektion begonnen. Da im Januar 2007 erstmals keine Borrelien-Aktivität mehr nachweisbar gewesen sei, sei es denkbar, dass sich auch die Borrelien-bedingten Beschwerden zurückentwickeln würden, wobei aber trotzdem keine für den allgemeinen Arbeitsmarkt ausreichende körperliche Belastbarkeit mit Wiedererreichen der Erwerbsfähigkeit erzielt werden dürfte.

Diesem Gutachten ist die Beklagte entgegengetreten. Die Sachverständige ist daraufhin gemäß [§ 109 SGG](#) zur ergänzenden Stellungnahme aufgefordert worden. Unter dem 5. November 2007 hat sie u.a. mitgeteilt, dass sie ihre Einschätzung der aufgehobenen Leistungsfähigkeit damit begründe, dass neben den ständigen Schmerzen auch subjektiv eine deutliche kognitive Störung und eine ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit bestehe. Aufgrund eines entsprechenden Vorschlags der Sachverständigen wurde sie wiederum gemäß [§ 109 SGG](#) mit der Vornahme einer Laboruntersuchung und nochmaliger gutachtlicher Stellungnahme beauftragt. In der daraufhin gefertigten ergänzenden Stellungnahme vom 4. Januar 2008 hat die Sachverständige zusammenfassend dargelegt, die Klägerin habe in der Frühphase ihrer Borrelieninfektion einen Teilinfarkt des Hypophysenhinterlappens erlitten mit der Folge eines Diabetes insipidus centralis und der klinischen Symptomatik einer Polyurie und Pollakisurie (häufiges Wasserlassen großer Mengen Urin), der eine bleibende Hormonstörung mit passagerem, aber rezidivierendem Mangel an ADH verursache. Weiterhin bestehe eine immunologische Aktivierung mit einer Th 1-Aktivierung, wie sie typisch sei für intrazellulär liegenden Erregern (wozu die Borrelien zählen), Bakterien und Pilzen. Diese chronische Entzündung bei einer Immunaktivierung werde bei mehrfach nachgewiesener und über Jahre aktiver Borreliose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch immunogene Borrelienbestandteile ausgelöst und unterhalten. Diese Borrelieninfektionsfolgen seien ebenfalls chronisch, da intrazellulär liegende Borrelienformen (zellwandlose oder kokkoide cystenähnliche Formen) nie mehr völlig aus dem Organismus entfernt werden könnten. Somit blieben sie eine ständige Quelle von Rezidiven und Schüben, wogegen man nur mit immunmodulierenden Maßnahmen gegensteuern könne. Eine antibiotische Behandlung sei für dieses Krankheitsstadium dann nicht mehr geeignet. Die Leistungseinschränkung der Klägerin habe im Juli 1997 mit der akuten Borrelieninfektion begonnen und bestehe bis heute fort durch die klinischen Folgezustände, die sich dadurch ergäben.

Der Senat hat weiterhin von Amts wegen eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. B. angefordert, der daraufhin mitgeteilt hat, dass insgesamt die seitens der Sachverständigen Dr. H. im Hinblick auf die Klägerin mitgeteilten neurologischen Defizite schon anhand ihrer eigenen Befundmitteilungen selbst auszuschließen seien. In psychischer Hinsicht beschreibe die Sachverständige keine neuen Gesichtspunkte, die er nicht schon in seinem Gutachten vom 20. Juni 2003 vollumfänglich mitberücksichtigt habe.

Anschließend hat der Senat ein fachinternistisches Sachverständigengutachten von Priv.-Doz. Dr. W., Chefarzt der Medizinischen Klinik II, SLK-Kliniken H. eingeholt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 6. Oktober 2009 zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klägerin jedenfalls seit 2003 unter Belastungshypertonie leide. Seit 2004 bestehe eine psychogene Polydipsie. 2003 sei erstmals fachpsychiatrisch die Diagnose einer Dysthyrie gestellt worden. Die nachgewiesenen Gesundheitsstörungen zögen keine qualitative oder quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach sich, die Klägerin sei in der Lage, in ihrem alten Beruf ohne Einschränkung vollschichtig zu arbeiten. Es liege weder auf dem internistischen noch auf dem neurologischen Gebiet eine Leistungseinschränkung vor. Bis auf einen deutlichen Trainingsmangel habe die Klägerin eine altersentsprechende Konstitution. Die von der Klägerin angeführten Störungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit seien fachpsychiatrisch und fachneurologisch nicht nachvollziehbar. Eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für vollschichtige leichte körperliche Arbeit bzw. die zuvor ausgeübte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte bestehe seit 2000. Aus 1998 und 1999 lägen Borrelien-Serologien vor, die in Verbindung mit der Klinik (Erythema migrans, Fieber, Gelenksbeschwerden) die Diagnose einer Lyme-Borreliose zuließen. Ein Post-Lyme-Syndrom im Jahre 1999 mit entsprechender Leistungseinschränkung könne mangels objektiver

Untersuchungsbefunde (z.B. Spiroergometrie) nicht sicher ausgeschlossen werden, zu diesem Zeitpunkt könne Arbeitsunfähigkeit bestanden haben. Anhand der Begutachtung in 2000 bei Priv.-Doz. Dr. B. könne mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2000 keinerlei Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr vorgelegen habe.

Die Berichterstatterin hat in einem Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 4. Februar 2009 den Beteiligten einen Vergleichsvorschlag unterbreitet, in dem sich die Beklagte verpflichten sollte, der Klägerin eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Form einer stationären psychosomatischen Behandlung in der Reha-Klinik G. zu gewähren, und die Beteiligten das Verfahren für erledigt erklären sollten. Dieser Vergleich ist nicht zustande gekommen, weil der für die Beklagte erschienene Terminsvertreter von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg ihm nicht zugestimmt hat. Die Berichterstatterin hat angekündigt, den Vergleich erneut schriftlich vorzuschlagen. Dieser im Termin angekündigte Vergleichsvorschlag wurde dementsprechend nach Telefonaten mit der Beklagten schließlich am 11. Februar 2009 vorab per Fax unterbreitet. Am 17. Februar 2009 ist die Klägerin zur teilstationären Therapie in der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in B. auf Kosten der Krankenkasse aufgenommen worden. Unter dem 17. Februar 2009 hat sie mitteilen lassen, dass sie zwischenzeitlich die auf mehrere Wochen angelegte teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik in B. begonnen habe und zunächst den Abschluss der Behandlung abwarten wolle. Diese Behandlung ist auf ihren Wunsch dann aber bereits am 24. Februar 2009 beendet worden. Die Beklagte hat am 25. Februar 2009 den gerichtlichen Vergleichsvorschlag angenommen. Die Klägerin hat demgegenüber am 9. März 2009 mitteilen lassen, dass sie sich derzeit nicht in der Lage sehe, den Vergleichsvorschlag anzunehmen. Sie sei derzeit überhaupt nicht rehabfähig. Sie habe den Aufenthalt in der psychosomatischen Klinik in B. nach wenigen Tagen abgebrochen, nach dem sich die körperlichen und psychischen Symptome so verschlechtert hätten, dass sie praktisch nur noch gewieint habe. Sie bemühe sich um eine ambulante Psychotherapie, es bestünden jedoch mehrmonatige Wartezeiten. Im beigefügten vorläufigen Entlassungsbericht der Klinik B. vom 24. Februar 2009 werden folgende Diagnosen mitgeteilt: Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1, Interruptio 1998 im Rahmen eines "Borrelioseschubes", arterielle Hypertonie, z.N. Hypophyseninfarkt mit Verdacht auf Diabetes insipidus, Laktoseintoleranz, Verdacht auf Sprue, Allergie auf Doxycyclin, Penicillin, Vibramycin. Es wurde dringend zu einer ambulanten Psychotherapie geraten.

Schließlich hat der Senat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie Dr. H., Chefarzt der Klinik für Suchttherapie am Klinikum am W. in W. mit der Begutachtung beauftragt. Dieser Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 28. April 2009 zu dem Ergebnis gekommen, dass bei der Klägerin ein neurologisches Leiden nicht festgestellt werden können. Auf psychiatrischem Gebiet liege eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vor. Eine depressive Erkrankung oder eine Angsterkrankung könne ausgeschlossen werden. Die Klägerin könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Akkordarbeit oder Wechselschicht und ohne besonderen Zeitdruck sowie ohne das normale Maß deutlich übersteigende geistige Beanspruchung oder deutlich übersteigende Verantwortung noch vollschichtig (sieben bis acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche) verrichten. Ein psychosomatisches Zusatzgutachten sei nicht erforderlich.

Die Klägerin hat gegen das Gutachten Einwände erhoben und den Entlassungsbericht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, B.-B. vom 18. Februar 2009 vorgelegt, in dem nun folgende Diagnosen genannt werden: Chronisches Schmerzsyndrom nach Borrelieninfektion 1997 mit Anteilen einer Somatisierungsstörung (F45.1), arterielle Hypertonie. Es wurde erneut dringend zu einer ambulanten Psychotherapie geraten. Der Sachverständige Dr. H. ist daraufhin zur ergänzenden Stellungnahme aufgefordert worden und hat am 23. Mai 2009 im Wesentlichen mitgeteilt, dass sich aus der Verschlüsselung der Diagnose unter der Kategorie F45.1 für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung der Schluss ziehen lasse, dass auch die dort behandelnden Ärzte davon ausgegangen seien, dass sich die beklagten Beschwerden durch körperliche Erkrankungen nicht erklären ließen. Im Übrigen ist er auf die vom Kläger-Vertreter angesprochenen Testverfahren und das Erfordernis einer psychosomatischen Begutachtung eingegangen.

Die Berichterstatterin hat die Beteiligten mit Verfügung vom 8. Juni 2009 darauf hingewiesen, dass der Senat beabsichtige, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter - einstimmig - als unbegründet zurückzuweisen und hat der Klägerin eine Frist zur Äußerung bis zum 13. Juli 2009 gesetzt, die auf Antrag ihres Bevollmächtigten um 14 Tage verlängert worden ist. Mit Schreiben vom 20. Juli 2009 hat die Klägerin vortragen lassen, der Rechtsstreit sei nicht entscheidungsreif. Es werde weitere Sachaufklärung beantragt. Der einzige Arzt, der die Klägerin über Jahre hinweg begleitet und immer wieder Laboruntersuchungen habe durchführen lassen, sei der Internist und Rheumatologe Dr. K ... Auf die sich bereits in den Gerichtsakten befindlichen Stellungnahmen von ihm werde verwiesen. Ergänzend würden sein Bericht vom 2. November 2004 und der jetzt erstellte Bericht vom 8. Juli 2009 vorgelegt. Sowohl zur Beurteilung des Krankheitsbilds der Klägerin aus internistischem Aspekt als auch vor dem psychosomatischen Hintergrund seien u.a. für die Prognose der Leistungsfähigkeit als Kriterien heranzuziehen: Verlauf der Erkrankung (Schweregrad, Dauer, Chronifizierung), bisherige Therapien und ihr Effekt und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Die Erhebung des entsprechenden Datenmaterials sei bisher nicht erfolgt. Jedenfalls hierin liege ein Mangel der eingeholten Gutachten. Es werde beantragt, entsprechendes Datenmaterial zunächst zu erheben durch Einholung einer schriftlichen Zeugenaussage bei dem behandelnden Arzt Dr. K ... Es werde sodann ergänzende internistische Begutachtung — im Hinblick vor allem auf die Borreliose-Erkrankung — beantragt. Als Gutachter werde vorgeschlagen: Priv.-Doz. Dr. F., Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Ärztlicher Leiter des Rheumazentrums B.-B. ... Als Gutachter für eine weiterhin beantragte psychosomatische Begutachtung der Klägerin werde vorgeschlagen: Dr. G., FA für Innere Medizin und Psychosomatische Medizin, Chefarzt der Reha-Klinik G., Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische und Innere Medizin. Zum Beleg dafür, dass eine psychosomatische Begutachtung im vorliegenden Fall generell veranlasst sei, werde auf den Beitrag von Wolfgang S., Standards der Sozialmedizinischen Leistungsbegutachtung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeut 2007, S. 447 ff., 449 verwiesen. Hinsichtlich des Erfordernisses der Ermittlung der o.g. Kriterien für die Prognose der Leistungsfähigkeit werde auf die Ausführungen dort auf S. 454 verwiesen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der SG-Akte sowie der Berufungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte sowie zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten, die für den Senat keinen Anlass zu einem anderen Verfahren gegeben hat, gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden. Die Berufung ist jedoch unbegründet; das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Gegenstand der

kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (vgl. Bundessozialgericht (BSG) [SozR 3-2600 § 44 Nr. 7](#)) ist der den Rentenanspruch der Klägerin vom 21. Juli 1999 ablehnende Bescheid vom 31. Januar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Januar 2001. Dieser erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in subjektiven Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit. Darüber hinaus besteht auch kein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach dem seit 1. Januar 2001 geltenden Recht.

Maßgeblich für den erhobenen Anspruch sind, da eine Rentengewährung vor dem 1. Januar 2001 begehrt wird, zunächst noch die Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in der bis 31. Dezember 2000 geltenden Fassung (vgl. [§§ 300 Abs. 2, 302b Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)) in der Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000, [BGBl. I S. 1827](#) (a. F.); Jörg in Kreikebohm, SGB VI, § 302b Rdnr. 3). Gemäß [§ 44 Abs. 1 SGB VI](#) a. F. haben Versicherte Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben und erwerbsunfähig sind; entsprechende Regelungen sind in [§ 43 Abs. 1 SGB VI](#) a. F. für die Rente wegen Berufsunfähigkeit vorgesehen. Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das monatlich 630 Deutsche Mark übersteigt ([§ 44 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz SGB VI](#) a. F.). Gemäß [§ 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB VI](#) a. F. ist nicht erwerbsunfähig, wer eine Tätigkeit vollschichtig ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Berufsunfähig sind nach [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) a. F. Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) a. F. alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie des bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur beruflichen Rehabilitation mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind ([§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) a. F.). Zu beachten ist außerdem die Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 Satz 4 SGB VI](#) in der Fassung des Zweiten Gesetzes zur Änderung des SGB VI vom 2. Mai 1996 ([BGBl. I S. 659](#); vgl. [BSGE 78, 207](#), 212; BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 52](#)); danach ist bei vollschichtigem Leistungsvermögen die jeweilige Arbeitsmarktlage grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. dazu allgemein BSG - Großer Senat - [BSGE 80, 24](#) ff.). Ausgangspunkt der Prüfung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG der "bisherige Beruf", den der Versicherte ausgeübt hat (BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 107](#) und 169). Dabei ist unter dem bisherigen Beruf in der Regel die letzte nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit jedenfalls dann zu verstehen, wenn sie zugleich die qualitativ höchste im Berufsleben des Versicherten war (vgl. BSG [SozR 2200 § 1246 Nr. 130](#); BSG [SozR 3-2600 § 43 Nr. 17](#)). Kann der Versicherte diesen "bisherigen Beruf" aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr verrichten, ist zu ermitteln, ob es zumindest eine Tätigkeit gibt, die ihm sozial zumutbar ist und die er gesundheitlich wie fachlich noch bewältigen kann.

Zwar ist die allgemeine Wartezeit (vgl. [§§ 50 Abs. 1 Nr. 2, 51 Abs. 1 SGB VI](#)) und die erforderliche Drei-Fünftel-Belegung mit Pflichtbeiträgen ([§§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) a. F.) ausweislich des Versicherungsverlaufs bei Antragstellung erfüllt. Die oben genannten medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit liegen aber nicht vor.

Die Klägerin war zunächst bis zum 31. Dezember 2000 weder erwerbs- noch berufsunfähig. Für den Senat steht fest, dass die Klägerin ihren letzten Beruf als kaufmännische Angestellte im Jahr 2000 noch acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche ausüben konnte und auch danach bis heute in der Lage war und ist, diesen Beruf sechs Stunden und mehr an fünf Tagen in der Woche auszuüben.

Es wird zunächst auf die Ausführungen im angegriffenen Urteil verwiesen, die sich der Senat zu eigen macht, und insoweit von einer Begründung absieht. Die Ermittlungen im Berufungsverfahren haben das Ergebnis der erstinstanzlichen Entscheidung hinsichtlich der Leistungseinschätzung in vollem Umfang bestätigt. Für das internistische Fachgebiet hat Priv.-Doz. Dr. W. überzeugend dargelegt, dass die subjektiv angegebenen Beschwerden im Gegensatz zum objektiv guten Allgemeinzustand stünden. Die Klägerin leide unter einer Belastungshypertonie und einer seit 2004 bestehenden psychogenen Polydipsie. Leistungsmindernde Erkrankungen konnte er auf internistischem Gebiet nicht feststellen. Damit wird die schon im Januar 2000 von Dr. G. sowie im Juli 2000 von Priv.-Doz. Dr. B. und von Dr. St. im Jahr 2003 vorgenommene Leistungseinschätzung erneut bestätigt. Auch Priv.-Doz. Dr. W. sieht keine fassbare organische Störung. Auch er schließt eine persistierende Borreliose im Stadium II oder III klinisch, wohingegen eine Borreliose im Stadium I im Jahr 1997 klinisch vorgelegen habe. Priv.-Doz. Dr. W. hat für den Senat weiterhin überzeugend dargelegt, dass ein Post-Lyme-Syndrom mit entsprechender Leistungseinschränkung jedenfalls im Juli 2000 mit Sicherheit nicht vorlag. Dass im Jahre 1999 ein Post-Lyme-Syndrom vorliegen habe, könne nicht sicher ausgeschlossen werden. Eine rentenrelevante Leistungsminderung lässt sich zur Überzeugung des Senats aber auch für die Zeit bis Juli 2000 nicht feststellen. Die Klägerin war ab Anfang Mai 1998 arbeitsunfähig. Sie wurde in der Folgezeit schwanger. Der im November 1998 erfolgte Schwangerschaftsabbruch beruhte im Gegensatz zu den Darstellungen der Klägerin nach den vorliegenden ärztlichen Angaben auf extremer Schwangerschaftsübelkeit und damit auf durch die Schwangerschaft selbst bedingten Beschwerden. Unmittelbar vor Rentenanspruchstellung hatte die Klägerin im Juni 1999 im Rahmen ihres Aufenthalts in der AOK-Klinik Ko. aktuell über Unruhe und Konzentrationsschwäche geklagt. Weiterhin hatte sie eine seit Juli 1997 bestehende wechselnde Beschwerdesymptomatik in verschiedenen Gelenkregionen und der WS angegeben. Von Kopfschmerzen wurde nicht berichtet. Sie nahm u. a. an den geführten Wanderungen höheren Belastungsgrads teil. In psychotherapeutischen Gesprächen war es überwiegend um Zukunftsängste und die Möglichkeiten eines beruflichen Neuanfangs gegangen, wobei sie die Ansicht vertreten hatte, die bisherige Tätigkeit als kaufmännische Angestellte könne sie wegen Augenbeschwerden bei Computertätigkeit nicht mehr ausüben. Nach der Rentenanspruchstellung im Juli 1999 wurde sie am 2. August 1999 vom MDK Baden-Württemberg begutachtet, der sie wegen der bei ihrer letzten Tätigkeit erforderlichen überwiegenden Bildschirmarbeit aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik und Lichtempfindlichkeit auf Dauer als arbeitsunfähig ansah. Zur Untersuchung im Januar 2000 legte die Klägerin dann bereits eine umfangreiche Liste mit Beschwerden vor, die sie daran hinderten, ihren bisherigen Beruf auszuüben. Eine erweiterte Liste legte sie für die Untersuchung im Juli 2000 vor, in der sie zahlreiche Beschwerden aufführte, die sie ihrer Meinung nach nun daran hinderten, überhaupt irgendeine Tätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit ausüben zu können. Zu diesem Zeitpunkt war jedoch, wie sich aus dem urkundlich verwerteten, überzeugenden und schlüssigen und insbesondere nach eingehender Untersuchung erstellten Gutachten von Priv.-Doz. Dr. B. ergibt, eine Leistungsminderung objektiv nicht feststellbar. Damit ergeben sich zunächst für den Juni und August 1999 keine objektiven Anhaltspunkte für eine rentenrelevante Leistungsminderung. Dass sich auch die Klägerin selbst zunächst jedenfalls nicht vollständig leistungsgemindert eingeschätzt hat, zeigt sich daran, dass sie im Mai/Juni 1999 zwar annahm, die bisherige Tätigkeit als kaufmännische Angestellte wegen Augenbeschwerden bei Computertätigkeit nicht mehr ausüben zu können, aber an einer Ausbildung zur Ergotherapeutin Interesse zeigte. Unabhängig von Zeiten akuter Erkrankungen war die

dauerhafte Arbeitsunfähigkeit dann aufgrund der von der Klägerin angegebenen Augenbeschwerden und Kopfschmerzen im Zusammenhang mit den Anforderungen an den konkreten Arbeitsplatz (überwiegende Bildschirmtätigkeit) anerkannt und Krankengeld gezahlt worden. Die Augenbeschwerden, die als fortbestehend geklagt werden, sind allerdings nicht objektiviert worden und nicht objektivierbar (vgl. unten). Die Kopfschmerzen wurden nach Angaben gegenüber Dr. G. im Januar 2000 lediglich mit einem pflanzlichen Mittel therapiert, was gegen einen dauerhaft leistungsmindernden Leidensdruck spricht. Gegen eine objektivierbare dauerhafte Leistungsminderung sprechen auch die im Rahmen der stationären Behandlung vom 18. Mai 1999 bis 8. Juni 1999 wahrgenommenen Aktivitäten wie Seidenmalerei und Wanderungen auch mit höheren Belastungsgraden. Alleine die von der Klägerin gefertigte Beschwerdenliste und die von ihr gegenüber den behandelnden Ärzten und Gutachtern Dr. G. und Priv.-Doz. Dr. B. geklagten Beschwerden können vor dem dargestellten Hintergrund die Annahme eines in der Zeit vor Juli 2000 zunächst eingetretenen Leistungsfalls nicht begründen. Hinzu kommt, dass auch der Gutachter Dr. G. im Januar 2000 nicht den Eindruck eines deutlich herabgesetzten Leistungsvermögens hatte und die Klägerin ihm gegenüber keine Motivation für eine auf die von ihr geklagte Beschwerdesymptomatik bezogene Therapie erkennen ließ (vgl. unten).

Auch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet war und ist eine quantitative Leistungsminderung nicht feststellbar. Nach dem oben Dargelegten gibt es zunächst keine Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin in der Zeit von Mai 1998 bis Ende 2000 aufgrund einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung berufsunfähig oder erwerbsunfähig gewesen wäre. Dagegen spricht bereits das Gutachten von Dr. G., der eine Leistungseinschränkung für die Tätigkeit als kaufmännische Angestellte für den Senat überzeugend verneint hat. Mit diesem Ergebnis stimmen die Leistungsbeurteilungen der Sachverständigen im erstinstanzlichen Verfahren und schließlich im Berufungsverfahren überein. Das Sachverständigengutachten von Dr. H. hat die Darlegungen im Sachverständigengutachten von Prof. Dr. B. bestätigt, wenn Dr. H. auch zum Zeitpunkt seiner Untersuchung anders als dieser keine Dysthymie feststellen konnte. Dr. H. führt aus, er gehe vom Vorliegen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) aus. Da zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden vorlägen, das vollständige und typische Bild der Somatisierungsstörung aber nicht erfüllt sei, seien die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung erfüllt. Formal würden auch die wesentlichen Kriterien für das Vorliegen einer Neurasthenie erfüllt, die Symptomatik gehe aber über das Bild einer Neurasthenie hinaus, so dass die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung zutreffender erscheine. Eine andersartige psychiatrische Erkrankung lasse sich nicht nachweisen. Zunächst ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung (Störung bzw. Episode) oder einer Angsterkrankung im Sinne des Psychiatrischen Klassifikationssystems ICD-10. Klinisch-psychiatrisch hätten sich auch keinerlei kognitive Leistungseinschränkungen feststellen lassen. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis wie auch das Durchhaltevermögen hätten keine Einschränkungen gezeigt. Passend dazu hätten sich auch im Rahmen der testpsychologischen Zusatzuntersuchung in einer Gesamtschau keine relevanten kognitiven Leistungseinschränkungen feststellen lassen. Lediglich die Konzentrationsleistung im Test d2 sei unterdurchschnittlich gewesen, wobei dies durch eine langsame Bearbeitung erklärt werden könne. Dr. H. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. Mai 2009 nochmals eingehend und schlüssig dargelegt, dass kognitive Leistungseinschränkungen sich im Rahmen der Untersuchung definitiv nicht feststellen lassen. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis wie auch das Durchhaltevermögen hätten im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Untersuchung keine Einschränkungen gezeigt. Auch die testpsychologische Zusatzuntersuchung habe insgesamt keine relevanten kognitiven Leistungseinschränkungen ergeben. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung habe die Klägerin einen allseitigen Druckschmerz im Abdomen mit einem Schwerpunkt im linken Unterbauch sowie Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule angegeben. Schmerzáußerungen seien ansonsten im Rahmen der Untersuchung nicht feststellbar gewesen. Insgesamt habe die Klägerin im Rahmen der Untersuchung nicht durch Schmerzen in relevanter Weise beeinträchtigt gewirkt. Die Schmerzen hätten allerdings auch im Rahmen der Beschwerdeschilderung insgesamt nicht derart im Vordergrund gestanden, wie es für eine anhaltendes somatoforme Schmerzstörung typisch sei. Entscheidend sei, inwieweit vorliegende Schmerzen Beeinträchtigungen entweder in psychischer Hinsicht oder aber in körperlicher Hinsicht nach sich zögen. Die subjektiv beklagten Schmerzen hätten keine bedeutsamen psychopathologischen Auffälligkeiten nach sich gezogen und die Klägerin habe im Rahmen der Untersuchung auch durchgehend nicht in relevanter Weise schmerzgeplagt gewirkt. Auch Schmerzáußerungen seien lediglich im Rahmen der körperlichen Untersuchung im Bereich des Abdomens und der Wirbelsäule beklagt worden. Kognitive Leistungseinschränkungen seien wie bereits dargelegt nicht fassbar und die Stimmungslage euthym gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten und der Antrieb ungestört gewesen. Auch im Rahmen der Behandlung in B. sei die Klägerin als stimmungsmäßig nur leichtgradig depressiv ausgelenkt beschrieben worden und kognitive Leistungseinschränkungen hätten sich auch dort nicht gezeigt. Wesentliche Einschränkungen im Alltag haben weder Prof. Dr. B. noch Dr. H. feststellen können. Gegenüber Prof. Dr. B. hat die Klägerin angegeben, dass sie - je nachdem wie es ihr gehe -, nach dem Aufstehen und Frühstück, Zeitung lese, den Haushalt mache, spazieren gehe und sich dann etwas zu Mittag mache. Anschließend benötige sie einen mehrstündigen Mittagschlaf. Dann trinke sie Kaffee und bereite das Abendessen vor. Mit ihrem Mann gehe sie spazieren, bespreche etwas oder unternehme abends - wenn es ihr einigermaßen gut gehe - auch etwas. Sie gingen ins Kino, zu einem Konzert oder besuchten ihre Oma oder ihre Eltern. Zu Bett gehe sie gegen 22 Uhr. Am Wochenende würden sie - wenn es möglich sei - manchmal Rollerblade fahren oder ins Freibad gehen. Letztes Jahr seien sie mit dem Auto nach Nordspanien gefahren. Kürzere Strecken z.B. zum Einkaufen fahre sie auch selbst. Bekannte hätten sie auch. Man besuche sich gegenseitig. In ähnlicher Weise hat die Klägerin Dr. H. ihren Tagesablauf geschildert, wobei sie einen ausgiebigen Mittagsschlaf jedoch nicht mehr erwähnt hat. Inzwischen hat sie einen Garten, dem sie viel Zeit widmet. Außerdem liest sie viel, macht aber keinen Sport mehr. Abends geht sie mit ihrem Mann noch spazieren, ist dann müde und geht um 20 Uhr oder 20 Uhr 15 zu Bett. Am Wochenende macht sie mit ihrem Ehemann manchmal Ausflüge in der näheren Umgebung. Sie besucht jetzt jeden Montag einen vierstündigen Kurs zum psychologischen Berater, was ihr schwer fällt. Der Kurs gefällt ihr aber sehr gut. Wenn die Sachverständigen auf der Grundlage dieser Anamnese und anhand der objektiven Befunde eine Depression und eine Angststörung ausschließen, ist dies auch für den Senat überzeugend und schlüssig. Eine testpsychologische Zusatzuntersuchung hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten wurde im Rahmen der Begutachtung von Dr. H. durchgeführt. Weitere testpsychologische Verfahren sind nicht erforderlich. Dr. H. hat hierzu in seiner weiteren Stellungnahme vom 23. Mai 2009 schlüssig und für den Senat überzeugend ausgeführt, dass die Ergebnisse von auf einer Selbsteinschätzung beruhenden Skala im Hinblick auf die sozialmedizinische Beurteilung nur sehr eingeschränkt und mit kritischer Bewertung zu verwenden seien. Schließlich hat er dargelegt, dass auch die deutliche Diskrepanz zwischen angegebenen körperlichen Beschwerden und vorliegenden organischen Befunden zu keinem weiteren Aufklärungsbedarf führe, sondern vielmehr ein klassisches Symptom der undifferenzierten Somatisierungsstörung sei. Dem Kläger-Vertreter ist zwar zuzustimmen, wenn er in seinem Schriftsatz vom 13. Mai 2009 vorträgt, dass ein schmerzbelastetes Leben auch psychische Folgen haben könne, wie Verlust an Lebensfreude und Lebensmut, was sich wiederum in Form von Depression und Angststörung äußern könne. Nur kommt es hier nicht darauf an, welche Auswirkungen Schmerzen generell haben können, sondern, wie sich die von der Klägerin geklagten Schmerzen tatsächlich auswirken. Hierfür bedarf es objektiv feststellbarer Defizite, so dass die Selbsteinschätzung der Häufigkeit und Intensität der Schmerzen nicht maßgeblich ist. Dies hat Dr. H. auch in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2009 zutreffend dargestellt.

Auf der Grundlage des dargestellten schlüssigen Befundes überzeugt auch die Leistungsbeurteilung von Dr. H., wonach die Klägerin noch vollschichtig leichte Tätigkeiten verrichten kann, wenn eine Überforderung durch Akkordarbeit oder Wechselschicht sowie durch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck vermieden und keine besonderen Ansprüche an Auffassung und Konzentration gestellt werden sowie keine erhöhten, besonderen (hohe) geistigen Beanspruchungen erfolgen.

Das Sachverständigengutachten von Dr. H. ist demgegenüber nicht verwertbar. Sie folgert aus den im Tatbestand wiedergegebenen Diagnosen eine Leistungsminderung, die sie nicht mit objektiven Befunden begründen kann. Die Sachverständige legt dar, weil die Körperfunktionen der Klägerin auf so vielen Ebenen betroffen seien, komme es bei ihr dadurch nie zu einem Zustand des Wohlbefindens, sie sei auch in keiner Weise arbeitsfähig. Selbst ihre täglichen Arbeiten im eigenen Haushalt könne sie nicht ohne Hilfe bewältigen, da sie ständig nur müde und erschöpft sei und auch keinen erholsamen Nachtschlaf habe wegen der Pollakisurie. Die Klägerin könne deshalb keine wirtschaftlich verwertbare Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr verrichten, da sie weder die dafür körperliche Kraft aufbringen könne noch die mentalen Voraussetzungen dafür habe aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen. Die Klägerin könne nicht mehr selbstständig Autofahren und auch wegen der Beinparese links und ihrer permanenten Erschöpfung keine längeren Strecken zu Fuß mehr zurücklegen. Ergänzend hierzu hat sie unter dem 5. November 2007 mitgeteilt, dass sie ihre Einschätzung der durchgehend aufgehobenen Leistungsfähigkeit damit begründe, dass neben den ständigen Schmerzen auch subjektiv eine deutliche kognitive Störung und eine ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit bestünden. Auch diese Einschätzung überzeugt nicht. Zunächst hat die Sachverständige in ihrem Gutachten selbst keine die Alltagsgestaltung betreffende Anamnese mitgeteilt und ihre Leistungseinschätzung auch nicht mit den entsprechenden Anamnesen, die Prof. Dr. B. und Dr. H. erhoben haben, in Beziehung gesetzt. Insofern fällt bereits auf, dass die Klägerin sowohl Prof. Dr. B. als auch Dr. H. von Spaziergängen berichtet hat. Gegenüber Prof. Dr. B. hat sie sogar noch von weiteren sportlichen Aktivitäten an Wochenenden berichtet und angegeben, dass sie kürzere Strecken selbst mit dem Auto fahre. Gegenüber Dr. H. hat sie erklärt, dass sie tief und fest schlafe und um ihren guten Schlaf beneidet werde. Zwar hat sie auch angegeben, dass sie nachts die Toilette aufsuchen müsse. Insgesamt kann aus diesen Angaben aber sicher nicht geschlossen werden, dass sie regelmäßig keinen erholsamen Nachtschlaf hat. Ebenso lässt sich ihren Schilderungen nicht entnehmen, dass sie zur Bewältigung auch nicht schwerer Arbeiten im Haushalt und nun auch im Garten regelmäßig Hilfe benötigt.

Weiterhin sind die von der Sachverständigen angenommenen körperlichen Einschränkungen, wie Prof. Dr. B. überzeugend dargelegt hat, aus ihren Befunden nicht ableitbar. Solche sind auch von Prof. Dr. B. und Dr. H. nicht festgestellt worden. Dies gilt zunächst für die Augenbeschwerden. Prof. Dr. B. hat dargelegt, dass im Hinblick auf die Beurteilung des Vorliegens einer Parese (= Lähmung) einzelner Augenmuskeln nur objektive Befunde herangezogen werden könnten, nicht jedoch allein subjektive Schmerzangaben. Objektivierbare Augenmuskelparesen seien nicht mitgeteilt worden. Bereits Priv.-Doz. Dr. St. hatte eine normale Augenmotilität, seitengleiche Pupillen und eine seitengleich auslösbbare Lichtreaktion festgestellt. Weiterhin hat Prof. Dr. B. überzeugend dargelegt, dass sich auch die im Übrigen diagnostizierten Paresen und Läsionen mit den erhobenen Befunden nicht vereinbaren lassen. Sensibilitätsveränderungen am Rumpf ab dem Dermatom (= sensibles Nervenwurzelsegment) könnten seinerzeit nicht bestanden haben, da die Bauchhautreflexe auch bei der Untersuchung seitens der Sachverständigen Dr. H. noch in allen drei Etagen seitengleich auslösbar gewesen seien. Die genannten Areale einer Sensibilitätsstörung am rechten Arm seien schon allein von ihrer Beschreibung her keinem organischen Läsionsmuster zuzuordnen. Sensibilitätsstörungen an den Beinen mit distaler Betonung müssten auch eine Reflexabschwächung bis Reflexaufhebung der distalen Muskeleigenreflexe an den Beinen (insbesondere des Achillessehnenreflexes) bedingen; auch dies sei jedoch den Befunderhebungen von Dr. H. gemäß gerade nicht der Fall gewesen. Bei einer Parese des M. rectus femoris links (innerviert über die Nervenwurzeln L 3/4) wäre der Patellarsehnenreflex (ebenfalls innerviert über die Nervenwurzeln L 3/4) auf der Seite der Schädigung gleichfalls abgeschwächt bis völlig aufgehoben; auch dies sei gemäß der bereits zitierten Befundbeschreibung hinsichtlich der Muskeleigenreflexe jedoch nicht der Fall gewesen. Insofern seien die beschriebenen pathologischen neurologischen Defizite auch seitens der von Dr. H. selbst beschriebenen neurologischen Befunde gerade nicht nachvollziehbar bzw. sogar auszuschließen.

Prof. Dr. B. hat weiter überzeugend dargelegt, dass die Sachverständige auch kognitive Defizite (z.B. depressiv oder hirnorganisch verursacht) bezüglich der Klägerin nicht beschrieben hat. Sie habe vielmehr mitgeteilt, die Kommunikationsfähigkeit sei insgesamt nicht erkennbar beeinträchtigt. Auch die emotionale Schwingungsfähigkeit sei von ihr als normal bezeichnet worden. Insofern bezögen sich die seitens Dr. H. diagnostisch unterstellten psychischen Auffälligkeiten allein auf entsprechende subjektive Angaben seitens der Klägerin und nicht auf tatsächlich objektivierbare Befunde. Vielmehr entspreche der (wenn auch nicht ganz vollständig erhobene) psychische Befund, wie er von Dr. H. beschrieben worden sei, unter objektiven Gesichtspunkten genau dem von ihm mitgeteilten psychischen Befund. Dr. H. beschreibe eine gedrückte und zum Depressiven hin ausgelenkte Stimmung, ohne aber die Ausprägung einer behandlungsbedürftigen Depression zu erreichen; diese Befundbeschreibung entspreche der Diagnose einer Dysthymie. Dabei handele es sich allerdings um ein neurotisches Störungsbild, aus dem keine eigenständigen qualitativen oder gar quantitativen Leistungseinschränkungen abgeleitet werden könnten.

Diese Darlegungen von Prof. Dr. B. sind insgesamt für den Senat überzeugend. Wenn die Sachverständige nun in ihrer ergänzenden Stellungnahme angibt, sie habe ihre Leistungsbeurteilung u.a. auch darauf gestützt, dass subjektiv eine deutliche kognitive Störung und eine ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit bestünden, lässt sie erneut erkennen, dass sich weder kognitive Defizite noch eine ausgeprägte Ermüdbarkeit objektivieren ließen. Eine dennoch hierauf beruhende Leistungsbeurteilung ist nicht verwertbar.

Damit ist festzustellen, dass die Klägerin weiterhin in körperlicher Hinsicht unter Belastungshypertonie bei untertrainierter und ansonsten altersentsprechender Konstitution sowie psychogener Polydipsie und jedenfalls zeitweise auch an einem HWS-Syndrom ohne neurologische Defizite, wie es Priv.-Doz. Dr. B. und Prof. Dr. B. mitgeteilt, leidet. In psychischer Hinsicht besteht eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und jedenfalls zeitweise, wie von Prof. Dr. B. und Dr. H. festgestellt, eine Dysthymie. Auf der Grundlage dieser Erkrankungen liegen nach Überzeugung des Senats keine für die vollschichtige Ausübung des Berufs einer kaufmännischen Angestellten relevanten Leistungsminderungen vor. Die Klägerin kann leichte Arbeiten ohne Akkordarbeit oder Wechselschicht und ohne besonderen Zeitdruck sowie ohne das normale Maß deutlich übersteigende geistige Beanspruchung oder deutlich übersteigende Verantwortung noch vollschichtig (sieben bis acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche) verrichten. Ihre Wegefähigkeit ist nicht eingeschränkt. Die Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. St., Prof. Dr. B. und Priv.-Doz. Dr. W. sowie Dr. H. haben für den Senat überzeugend keine weiteren Einschränkungen, insbesondere auch keine relevanten kognitiven Beeinträchtigungen festgestellt und sind auch für den Senat überzeugend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Klägerin bei diesem qualitativ nur sehr gering eingeschränkten Leistungsbild die Tätigkeit als kaufmännische Angestellte noch vollschichtig verrichten konnte und verrichten kann. Die Klägerin bedarf auch keiner unüblichen Pausen.

Soweit sie wegen des gesteigerten Durstes häufig die Toilette aufsuchen muss, kann sie dies unmittelbar vor und nach der Arbeitszeit sowie im Rahmen der üblichen Arbeitspausen machen und im Übrigen hierfür die persönliche Verteilzeit in Anspruch nehmen, ohne dass eine betriebsunübliche Arbeitsunterbrechung vorliegt (vgl. auch Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 15. August 2003 - [L 14 RJ 137/01](#) -; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 2. September 2008 - [L 13 R 1352/07](#) -).

Der Senat verkennt nicht, dass die Klägerin sich seit Mai 1998 subjektiv nicht in der Lage sieht, die Tätigkeit als kaufmännische Angestellte oder eine andere Tätigkeit aufzunehmen. Dieses lediglich subjektive Leistungshindernis berechtigt aber nicht zum Bezug einer Rente. Insofern ist die Klägerin darauf zu verweisen, therapeutische Hilfe mit dem Ziel in Anspruch zu nehmen, sich wieder in das Arbeitsleben einzugliedern. Schon Priv.-Doz. Dr. B. hatte sich, obwohl seiner Meinung nach die ambulanten Möglichkeiten noch in keiner Weise ausgeschöpft waren und möglicherweise mit Recht im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom Januar 2000 von Dr. G. darauf hingewiesen worden sei, dass wegen mangelnder Motivation ein Heilverfahren nicht sinnvoll sei, mit Nachdruck für ein stationäres Heilverfahren eingesetzt, um durch gezielte und dokumentierte Betreuung dem multiplen Beschwerdebild gerechter zu werden und insbesondere auch die Möglichkeit und Chance zu nutzen, der Klägerin bei einer - vermutlich stufenweisen - Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu helfen. Die Beklagte bewilligte daraufhin eine medizinische Reha-Maßnahme. Nachdem die seitdem anwaltlich vertretene Klägerin mitteilen ließ, dass ihr zunächst Auskunft gegeben werden solle, welche Maßnahme vorgesehen sei, lehnte sie die vorgesehene dreiwöchige stationäre Aufnahme im Zentrum für Rheumatologie in Schlangenbad im Oktober 2000 ab. Hierzu wurde ein ärztliches Attest ihres Hausarztes, Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. W. vom 16. Oktober 2000 vorgelegt, wonach die Klägerin grundsätzlich für medizinische Leistungen wegen der herabgesetzten Immunabwehr auf nicht absehbare Zeit nicht belastbar sei. Zum damaligen Zeitpunkt lag (wohl) eine aktuelle (Blasen-)Infektion vor. Anhaltspunkte für eine dauerhaft und deutlich herabgesetzte Immunabwehr, eine entsprechende Behandlung sowie häufige Infektionserkrankungen und deren Behandlung lassen sich den medizinischen Unterlagen, auch dem Entlassungsbericht vom 23. Juni 1999 und den Angaben von Dr. W. vom 17. Juli 2001 nicht entnehmen. Solche haben auch die Sachverständigen (Prof. Dr. B. hatte die Klägerin von Kino- und Freibadbesuchen berichtet) auf der Grundlage ihrer Anamnese nicht festgestellt. Priv. Doz. Dr. St. hielt eine psychosomatische Behandlung ebenfalls für wünschenswert, teilte jedoch wiederum eine in dieser Beziehung weiterhin fehlende Krankheitseinsicht mit. In der Folgezeit lassen sich den Akten keine Anträge der Klägerin auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entnehmen. Das eine stationäre psychosomatische Reha-Maßnahme enthaltende Vergleichsangebot hat die Kläger wegen einer von ihr angenommenen fehlenden Reha-Fähigkeit abgelehnt. Nach ihren Angaben gegenüber Dr. H. im April 2009 hat sie nun aber, wie bereits im März 2009 mitgeteilt, weiter vor, eine ambulante Psychotherapie wahrzunehmen, die Prof. Dr. B. in seinem Sachverständigengutachten als ausreichend angesehen hatte.

Die Klägerin ist nach alledem nicht berufsunfähig und erfüllt erst Recht nicht die noch strengeren Anforderungen für die Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Auch ein Anspruch auf Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung nach dem seit 1. Januar 2001 geltenden Recht ([§ 43, 240 SGB VI](#)) in der Fassung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000 ([BGBl. I S. 1827](#) (n.F.)) besteht nicht. Die Anspruchsvoraussetzungen der [§ 43, 240 SGB VI](#) n.F., die bei einem Rentenbeginn nach dem 31. Dezember 2000 maßgeblich wären, liegen angesichts des oben festgestellten, bis zur Entscheidung des Senats unverändert gebliebenen Leistungsvermögens der Klägerin ebenfalls nicht vor; die Klägerin ist auch über den 30. November 2000 hinaus jedenfalls in der Lage, leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sechs Stunden arbeitstäglich und länger zu verrichten. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit kann die am 6. Dezember 1963 geborene Klägerin nicht beanspruchen, da diese Rentenart nur für Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, in Betracht kommt ([§ 240 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)).

Der Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen mit spezieller psychosomatischer Fachrichtung bedurfte es nicht, da der medizinische Sachverhalt durch die in den Akten befindlichen fachpsychiatrischen Gutachten erschöpfend aufgeklärt ist. Insbesondere hat Dr. H. ausdrücklich und überzeugend dargelegt, dass er eine psychosomatische Zusatzbegutachtung nicht für erforderlich hält, da es sich um eine Erkrankung handelt, die eindeutig in das nervenärztliche Fachgebiet falle.

Auch ist nicht ersichtlich, dass weiterer Aufklärungsbedarf auf internistischem Gebiet bestehen könnte. Wie dargelegt sind die Sachverständigengutachten von Priv.-Doz. Dr. St. und Priv.-Doz. Dr. W. schlüssig und überzeugend und bestätigen das Ergebnis des Gutachtens von Priv.-Doz. Dr. B. ... Alle Gutachten setzen sich auch umfassend mit der stattgehabten Borreliose-Erkrankung auseinander, die die anwaltlich vertretene Klägerin weiterhin für die von ihr geklagten Beschwerden verantwortlich macht.

Wenn der Kläger-Vertreter nun mit Schriftsatz vom 20. Juli 2009 geltend macht, es müsse zunächst Datenmaterial über den Verlauf der Erkrankung, bisherige Therapien und ihre Effekte sowie über Arbeitsunfähigkeitszeiten bei dem behandelnden Arzt Dr. K. erhoben werden und sodann noch eine ergänzende internistische Begutachtung veranlasst werden, gibt dies dem Senat keinen Anlass für erneute Ermittlungen. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern im Verwaltungsverfahren Befundberichte aus der Zeit vom 19. Dezember 1997 bis Dezember 1999 vorlagen. Zusätzlich lagen den gerichtlichen Sachverständigen mit der SG-Akte ein ärztliches Attest von Dr. K. vom 15. März 2000 sowie sachverständige Zeugenaussagen von Dr. K. (vom 23. Mai 2001 und 10. September 2001) und dem Hausarzt der Klägerin Dr. W. (vom 17. Juli 2001 mit Anlagen) vor. Priv.-Doz. Dr. W. und Dr. H. lag weiterhin in der LSG-Akte der ärztliche Bericht von Dr. K. vom 2. November 2004 vor. Aus der vorgelegten erneuten Stellungnahme von Dr. K. vom 8. Juli 2009, wonach bei der Klägerin unabhängig von einer exakten Diagnose ("Welche Überschrift man nun auch geben mag") ein schweres chronisches Krankheitsbild bestehe und bisherige Therapieversuche keinen Erfolg hatten, ergibt sich ebenfalls kein Anhaltspunkt für einen erneuten Ermittlungsbedarf. Er berichtet erneut über neurologisch verursachte Schmerzen, insbesondere Steißbeinschmerzen und unbezwingbare Erschöpfung mit dem Zwang sich vielfach am Tag hinzulegen. Welche neuen relevanten Erkenntnisse durch eine weitere Befragung von Dr. K. gewonnen werden könnten, ist nicht ersichtlich und wird nicht dargetan. Mag auch Dr. K. nach der von ihm geschilderten Ausschöpfung jeder nur erdenklichen Differentialdiagnostik und der Erfolglosigkeit der antibiotischen Therapien nun Zweifel daran haben, dass die von der Klägerin geschilderten Beschwerden auf eine fortbestehende Lyme-Borreliose (der Grad III wird nicht mehr angegeben) zurückgeführt werden können, ist eine diagnostische Abklärung, unabhängig davon, dass die entsprechenden Möglichkeiten nach den Angaben von Dr. K. ausgeschöpft sein dürften, nicht Aufgabe der Ermittlungen im Rentenverfahren. Vielmehr ist es Aufgabe solcher Ermittlungen, das jeweilige Leistungsvermögen in qualitativer und quantitativer Hinsicht festzustellen. Wie dargelegt haben die umfangreichen Ermittlungen hier eindeutig ergeben, dass die Klägerin nicht aufgrund einer objektiv feststellbaren krankheitsbedingten Leistungsminderung über eine Dauer von sechs Monaten oder auf Dauer mehr gehindert war, ihren Beruf als kaufmännische Angestellte in der Zeit ab Mai 1998 acht Stunden täglich an fünf Tagen in der Woche zu verrichten. Die Einholung weiterer Gutachten im vorliegenden Fall erscheint dem Senat nach alledem unter keinem Aspekt gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-11-18