



Fall-Nr.: IV 2008/302
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.07.2020
Entscheiddatum: 13.01.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 13.01.2010

Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung durch Einkommensvergleich. Die versicherte Person kann ihren behinderungsadaptierten Beruf weiterhin zu 100% ausüben. Die behinderungsbedingten Einschränkungen qualitativer Art (z.B. kein Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg) behindern sie dabei zwar an ihrem konkreten letzten Arbeitsplatz, aber nicht an einem durchschnittlichen Arbeitsplatz. Es besteht keine Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Januar 2010, IV 2008/302). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2010.

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 13. Januar 2010

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Poststrasse 6, Postfach 239,
9443 Widnau,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

S.____ (Jg. 1949) meldete sich am 15. Mai 2006 zum Bezug einer Invalidenrente an. Die A.____ AG teilte der IV-Stelle am 30. Mai 2006 mit, sie beschäftige die Versicherte als Laborgehilfin. Der aktuelle Lohn (im Gesundheitsfall) betrage Fr. 5318.- (x13). Dr. med. B.____ berichtete der IV-Stelle am 12. Juni 2006, die Versicherte leide an einem lumbovertebralen, lumbospondylogenen und sakralen Schmerzsyndrom nach einem Sturz über eine Treppe und an einer Syringomyelie. Seit dem 25. Oktober 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der aktuellen Erwerbstätigkeit. Die Versicherte könne nicht längere Zeit sitzen oder stehen und sie dürfe keine Lasten heben oder tragen. Er legte u.a. einen Austrittsbericht der Klinik Valens vom 21. März 2006 bei. Die Versicherte hatte sich vier Wochen zur stationären Rehabilitation dort aufgehalten. Die in diesem Bericht angegebenen Diagnosen lauteten: lumbovertebrales bis lumbospondylogenes und sakrales Schmerzsyndrom (mit/bei St. n. Beckenkontusion mit Dehnung der Beckenbänder 10/2005, degenerativen Veränderungen und Spondylolyse L5/S1 mit Anterolisthesis L5 ohne zusätzliche Instabilität), Zervikalsyndrom (mit/bei degenerativen Veränderungen der HWS, segmentaler Dysfunktion C5/6) und Syringomyelie. In ihrer Beurteilung hatten die Ärzte der Klinik Valens ausgeführt, die insuffiziente muskuläre Rumpfstabilisation sei mit dem Ziel des muskulären Auftrainierens angegangen worden. Die Rumpfmuskulatur habe gestärkt und das Körpergefühl habe verbessert werden können. Die Versicherte habe beim Klinikaustritt tieflumbale Schmerzen mit Ausstrahlung über das linke Bein hinab angegeben. Klinisch habe aber keine neurale Reizung bestanden. In der neurologischen Untersuchung seien Kraft und Reflex seitengleich unauffällig gewesen. Die Sensibilität im Dermatom L5 sei minim eingeschränkt gewesen, was möglicherweise durch ein Diskusbulging in Höhe L5/S1 verursacht sei. Psychopathologisch seien bei der Versicherten keine Auffälligkeiten festgestellt worden. Für die vier auf den Klinikaustritt folgenden Wochen bestehe eine vollständige



Arbeitsunfähigkeit. Danach sollte ein schrittweiser Einstieg in die bisherige Arbeit als Laborantin erfolgen.

B.

B.a In einem Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2006 führte Dr. med. B.____ aus, die Syringomyelie habe wahrscheinlich den stärksten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sie sei durch den Sturz extrem verschlimmert worden. Die Versicherte habe nach wie vor äusserst starke Schmerzen vor allem beim Sitzen. Sie fühle sich nur in einer bestimmten Lage oder bei längerem Gehen einigermassen mit weniger Beschwerden. Die Leistungsfähigkeit der Versicherten betrage 20-30%. Alle bisher durchgeführten Massnahmen hätten keine Besserung gebracht.

B.b Die IV-Stelle beauftragte am 7. Mai 2007 die MEDAS Ostschweiz mit einer Begutachtung. Die MEDAS berichtete in ihrem Gutachten vom 11. Dezember 2007, die Versicherte habe ab 1982 als Laborangestellte gearbeitet. Dabei handle es sich um eine körperlich leichte Arbeit und um Computerarbeit. Die seit 1971 bestehenden Lumbalgien seien kompensiert gewesen, als die Versicherte auf der Treppe mit dem Wäschekorb in den Händen gestürzt und mit dem Gesäss mehrmals auf den Treppenstufen aufgeprallt sei. Seither leide die Versicherte gemäss ihren eigenen Angaben an einem sakralen, dumpf drückenden Dauerschmerz mit Ausstrahlung in die rechte Leiste, ohne Sensibilitätsstörung oder Kraftminderung, verschlimmert bei langem Stehen und beim Heben schwerer Gegenstände, Besserung beim Umhergehen, bei stehender Tätigkeit Gefühl einer Instabilität im LWS-Bereich (Korsett). Der Schmerz sei stabil auf einem Niveau von 3 bei einer visuellen Analogskala von 1 bis 10. Ausserdem bestehe ein spontan und unprovokiert einschliessender, dumpf elektrisierender Schmerz beider Oberschenkel, der rechts bis zu einer halben Stunde anhalte. Zudem bestünden Faszikulationen beider Beine und ein Taubheitsgefühl der rechten Handinnenfläche und des Unterarms.

B.c Die Gesamtdiagnose lautete Osteochondrose, Spondylolyse L5/S1 mit Anterolisthesis L5, psychische Überlagerung des lumbovertebralen, sakralen und zervikalen Syndroms sowie – ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – Syringomyelie Th8-11 (keine Hinweise auf afferentes Defizit gemäss SSEP N. tibialis, N.



cutaneus femoris lateralis oder auf eine Pyramidenbahnläsion gemäss MEP zu Armen und Beinen bds.), V. a. Karpaltunnelsyndrom rechtsbetont (aktuell unter volarer Handgelenksschiene beschwerdefrei), Osteochondrose und Spondylose C5/6 mit gelegentlichen Nackenschmerzen, Allergie auf jodhaltige Kontrastmittel, Vitamerfen, Mydocalm und Tramal sowie benigne Faszikulationen. Dazu wurde ausgeführt, bei einer Abklärung der Faszikulationen der Beine durch das Kantonsspital St. Gallen im Jahr 2005 sei als Zufallsbefund die Syringomyelie Th 8-11 (MRI) erhoben worden. Als Aetiologie seien eine kongenitale oder auch eine posttraumatische Störung im 10. Lebensjahr diskutiert worden, wobei die Versicherte von einer Kuh mit der thorakalen Wirbelsäule gegen eine Mauer gedrückt worden sei. Im Rahmen der Syringopathie sei die Versicherte 5/2006 durch PD Dr. med. C. ___ untersucht worden. Er habe eine leichte spastische Parese des linken Beins und eine Hypalgesie ab Th8 bis etwa Kniehöhe sowie eine Pyramidenbahnläsion zum linken Bein festgestellt. Im Gegensatz dazu habe die neurologische Abklärung in Valens ausser den Faszikulationen klinisch keinen pathologischen Befund ergeben. Aktuell sei die neurologische Untersuchung im Liegen nur in Schonhaltung mit angewinkelten Beinen oder Abpolstern des Gesässes möglich gewesen. Die Untersuchung habe schmerzbedingte Minderinnervationen der Hüft-/Knieextensoren/-flexoren sowie der Fussheber und -senker linksbetont gezeigt, so dass keine sichere Beurteilung dieser Kraftgrade möglich gewesen sei. Die Versicherte habe wechselnde Sensibilitätsstörungen mit Hypaesthesie des linken Beins lateral betont mit intakter Spitz-/Stumpf-diskrimination angegeben, vereinbar mit den Dermatomen L5/S1 links. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar gewesen. Weder eine pathologische Verbreiterung der Reflexzonen noch Pyramidenbahnzeichen seien erkennbar gewesen. Das Auf- und Absitzen sei in schmerzbedingter Schonhaltung der lumbalen Wirbelsäule mit Abweichen des Oberkörpers wegen Unsicherheitsgefühlen erfolgt. Bei dezidierter Prüfung hätten sich weder ein Hinweis auf ein zentromedulläres Syndrom noch ein Zeichen einer latenten oder manifesten zentralen Parese gefunden. Die einzelnen Faszikulationen der Wadenmuskulatur seien als benigne zu interpretieren, da keine weiteren Zeichen einer axonalen Störung vorgelegen hätten. In der paravertebralen Muskulatur habe sich keine pathologische Spontanaktivität gezeigt. Es bestünden also keine Hinweise auf eine radikuläre Nervenschädigung Th8-11 bds. Weiter fehlten Hinweise auf ein sensibles afferentes Defizit oder eine Pyramidenbahnläsion zu Armen und Beinen.



St.Galler Gerichte

Somit decke sich der elektrophysiologische mit dem klinisch-neurologischen Befund, bei dem kein Hinweis auf ein zentromedulläres Syndrom im Rahmen der Syringomyelie gefunden worden sei. Deshalb sei von einer Schmerzproblematik am ehesten aufgrund der lumbalen Wirbelsäule auszugehen, was sich auch mit einer Hypaesthesiezone des linken Beins decke, die dem Dermatome L5/S1 zugeordnet werden könne.

Reflexdifferenzen oder Einschränkungen der Kraftgrade hätten diesbezüglich allerdings nicht objektiviert werden können. Weder klinisch noch apparativ seien manifeste Folgen der Syringomyelie festzustellen gewesen. Somit sei der Befund von PD Dr. med. C.____ nicht reproduzierbar. Deshalb müsse die thorakale Syringomyelie als klinisch inapparent beurteilt werden.

B.d Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Syringomyelie Th8-11. Die stark körperbezogenen Ängste der Versicherten bei leistungsorientierter Persönlichkeit seien durch die Diagnose einer Syringomyelie verfestigt worden. Gemäss der orthopädischen Abklärung durch Dr. med. D.____ bestünden seit Jahrzehnten zunehmende degenerative Veränderungen an der lumbalen Wirbelsäule, die radiologisch in den vergangenen zwei Jahren stationär geblieben seien und die in der Untersuchung eine leichte Einschränkung der LWS-Beweglichkeit bewirkt hätten. Allerdings sei ein Teil der Befunde nicht ganz konsistent gewesen. Die nachgewiesenen Veränderungen hätten eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule zur Folge, so dass ein mehr als eine Stunde dauerndes Stehen oder Sitzen vermieden und durch Positionswechsel unterbrochen werden sollte. Ausserdem dürften nicht wiederholt Lasten über 10 kg gehoben werden. Quantitativ sei die Arbeitsfähigkeit aber nicht eingeschränkt. Somit sei die früher geleistete Arbeit im Labor weiterhin zumutbar, sofern die Mittagspause genügend lang sei. Allerdings fehle eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung.

B.e Der Psychiater Dr. med. E.____ vermutete eine gewisse Demonstration hoher sozial-moralischer Ansprüche, eine nicht unproblematische Krankheitsverarbeitung und die Ausgestaltung einer Unsicherheit bei der körperlichen Untersuchung.

Phänomenologisch liessen sich daraus aber keine Diagnose eines psychiatrischen Leidens oder eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit ableiten, da es sich um einzelne, inkohärente Verdachtsmomente handle. Eine konversionsneurotische, psychodynamische Genese der orthopädisch nicht sicher fassbaren Beschwerden sei



nicht ausgeschlossen. Insgesamt könnten ausgeprägte körperbezogene Beschwerden festgestellt werden, die subjektiv als Folgen der Syringomyelie erklärt würden, was aber aufgrund der objektiven Befunde nicht bestätigt werden könne, ohne dass eine ausgeprägte psychische Störung dokumentiert sei, obwohl der Verdacht darauf gegeben sei. In bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde im MEDAS-Gutachten abschliessend ausgeführt, aus neurologischer und orthopädischer Sicht bestehe insofern eine Einschränkung, als längeres Stehen oder Sitzen von mehr als einer Stunde Dauer durch einen Positionswechsel unterbrochen werden sollte und dass keine Lasten über 10 kg gehoben werden sollten. Aus psychiatrischer und psychosomatischer Sicht bestehe keine wesentliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit.

C.

Die Versicherte liess am 5. Februar 2008 durch ihre Rechtsvertreterin einwenden, sie habe angegeben, nach dem Unfall seien die Schmerzen auf dem Level 10 gewesen. Einige Zeit danach bis jetzt bewegten sie sich auf dem Level 5 bis 7. Der elektrisierende Schmerz in beiden Oberschenkeln gehe nach ihrem Empfinden vom Rücken aus. Sie habe eine deutliche Kraftereinbusse im linken Bein bemerkt. Sie habe die Operation nicht wegen des Fehlens einer Kraftereinbusse, sondern wegen der Risiken abgelehnt. Die Nackenschmerzen beständen dauernd. Sie gehe nicht biken oder laufen, vielmehr gehe sie spazieren und sie fahre Velo auf ebenem Gelände. Dabei müsse sie alle 15 Min. eine Pause einlegen. Das Treppensteigen und das In-die-Hocke-Gehen seien nur noch unter starken Schmerzen möglich. Das Drehen des Kopfes löse Schmerzen aus und das Drehen und Bewegen sei stark eingeschränkt. Über die Auslösbarkeit von Bauchreflexen hätten die Sachverständigen des MEDAS verschiedene Auffassungen vertreten. Es sei ihr nicht mehr möglich, eine Stunde ruhig zu sitzen, ohne sich zu stützen und dazwischen wiederholt aufzustehen. Sie könne nur für kurze Momente frei stehen, ohne sich zu bewegen oder sich mit den Knien oder den Armen abzustützen. Im orthopädischen Gutachten habe das alles keinen Niederschlag gefunden, weshalb nicht festgestellt werden könne, ob es Einfluss auf die orthopädische Beurteilung genommen habe. Die Arbeit als Laborantin sei nicht mehr möglich, weil dabei längere Zeit konzentriert vor dem Computer gesessen werden müsse. Dabei könne die Arbeit nicht alle fünfzehn Minuten unterbrochen werden. Sie



könne die 10 L-Behälter mit Chemikalien nicht mehr heben und umfüllen. Im übrigen fehle eine detaillierte Tätigkeitsanamnese. Sie habe vor der Untersuchung durch die Sachverständigen der MEDAS starke Schmerzmittel eingenommen. Dass kein Zusammenhang zwischen dem Beschwerdebild und der Syringomyelie zu finden gewesen sei, erstaune angesichts der zehnminütigen, oberflächlichen Untersuchung nicht. Obwohl die MRI-Bilder vorgelegen hätten, sei kein Verlaufsvergleich vorgenommen worden. Dr. med. B.____ hatte in einem an die Rechtsvertreterin gerichteten Schreiben vom 21. Januar 2008 ausgeführt, die Versicherte habe immer als sehr aufgeschlossene, die Schmerzen herunterspielende, arbeitswillige und arbeitspflichtbewusste Person imponiert. Wegen der seit längerem bestehenden Rückenbeschwerden (Syringomyelie) habe sie ihn nur selten konsultiert. Die Versicherte habe die Beschwerden jeweils mit einer oder mit zwei Physiotherapien in den Griff bekommen. Nach dem Unfall habe sich das stark verändert. Die Einschätzung durch die MEDAS sei völlig falsch. Die Versicherte sei eindeutig rentenberechtigt.

D.

Der Chefarzt der MEDAS führte in einer Stellungnahme vom 12. März 2008 aus, da kein Wort-für-Wort-Protokoll erstellt worden sei, könne nicht festgestellt werden, ob die angegebenen Diskrepanzen zwischen den im Gutachten angeführten Angaben der Versicherten und den nachträglich gemachten Angaben auf die Sachverständigen oder auf die Versicherte zurückgingen. Das Verhalten der Versicherten während der Untersuchung sei inkongruent gewesen. Die Versicherte habe wechselnde Sensibilitätsstörungen angegeben, die zum Teil organmedizinisch nicht nachvollziehbar gewesen seien. Der PACT-Test mit nur 17 von 200 möglichen Punkten sei mit dem gezeigten Verhalten völlig unvereinbar gewesen. Diese Diskrepanz sei nur durch die Verdeutlichung der Beschwerden zu erklären gewesen. Für die gutachterliche Beurteilung seien nicht die geklagten subjektiven Beschwerden, sondern die objektiven Befunde massgebend. Unbestrittenermassen leide die Versicherte an einer Syringomyelie, erstmals 2005 als Zufallsbefund erhoben. Neben der klinischen Abklärung seien aufwendige neurologische Spezialuntersuchungen vorgenommen worden. Die Ergebnisse seien genau diskutiert worden. Demgemäss sei die Syringomyelie als klinisch inapparent zu beurteilen gewesen; jedenfalls habe sie das Beschwerdebild nicht ausreichend erklären können. Dr. med. B.____ habe angegeben,



die Rückenbeschwerden hätten mit einer oder zwei Physiotherapien sistiert werden können. Damit sei belegt, dass die Syringomyelie nicht die Ursache dieser Beschwerden gewesen sein könne. Im therapeutischen Kontext müssten Schmerzen vom behandelnden Arzt akzeptiert werden, wie sie vom Patienten geäußert würden, denn sonst wäre das für die Therapie notwendige Vertrauensverhältnis nicht gegeben. Bei der Begutachtung sei es umgekehrt. Hier seien nur die objektivierbaren Befunde massgebend. Der psychiatrische Sachverständige habe den Verdacht einer erheblichen psychodynamischen Genese der Beschwerden geäußert. Es sei möglich, dass die psychisch bedingten Einschränkungen höher seien als im Gutachten angegeben. Kein Gutachter könne psychische Einschränkungen feststellen, wenn er nicht die dazu notwendigen Informationen erhalte. Die Versicherte habe sich sehr bemüht, ihr Leiden als rein körperlich bedingt zu schildern und Probleme sozialer oder intrapsychischer Art zu negieren. Falls dadurch eine effektiv vorhandene Arbeitsunfähigkeit übersehen worden sei, sei die Versicherte dafür verantwortlich.

E.

Mit einem Vorbescheid vom 20. März 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, ihr Rentenbegehren abzuweisen. Die Versicherte liess am 2. Mai 2008 einwenden, es sei ein Obergutachten bzw. ein neues, unabhängiges, interdisziplinäres Gutachten einzuholen. Seit dem Sturz leide sie neben konstanten Nackenschmerzen an Schulterbeschwerden und an verstärkten Schmerzen im Rücken-/Kreuz-bereich. Als Laborassistentin müsste sie längere Zeit konzentriert vor dem Computer sitzen oder längere Zeit stehend arbeiten und ausserdem schwere Behälter heben und umfüllen. All dies sei ihr nicht mehr möglich. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Syringomyelie durch den Sturz verschlimmert worden sei. Aufgrund der beschriebenen Mängel des MEDAS-Gutachtens könne nicht davon ausgegangen werden, dass die "objektiven" Befunde korrekt erhoben oder korrekt wiedergegeben worden seien. Ihre Angaben seien mehrfach in das Gegenteil verkehrt worden. Schliesslich könne ohne eine Arbeitsplatzbeschreibung gar nicht entschieden werden, ob die Arbeit als Laborassistentin eine adaptierte Tätigkeit sei. Mit einer Verfügung vom 30. Mai 2008 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab.

F.



St.Galler Gerichte

Die Versicherte liess am 2. Juli 2008 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 30. Mai 2008 sei aufzuheben und nach der Einholung eines Obergutachtens sei eine Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und zum erneuten Entscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung liess sie insbesondere ausführen, der Sturz habe zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung der Syringomyelie geführt, wie Dr. med. C.____ am 16. Mai 2006 festgestellt habe. Sie sei bereits für ein funktionelles MRI angemeldet. Davon seien Befunde zu erwarten, welche die Beschwerden untermauerten. Die Behauptung der MEDAS, die Syringomyelie sei klinisch symptomlos, habe keinen Beweiswert, da das Gutachten mangelhaft sei. Insbesondere seien ihre Angaben gegenüber den Gutachtern mehrfach falsch wiedergegeben worden. Das könnte das angeblich inkongruente Verhalten erklären. Sie habe nämlich bereits früher ihre Schmerzen eher heruntergespielt.

G.

Die IV-Stelle beantragte am 16. September 2008 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie geltend, die Sachverständigen der MEDAS hätten sich mit dem Bericht von Dr. med. C.____ vom 16. Mai 2006 bzw. der Diagnose einer Syringomyelie Th8-11 auseinandergesetzt. Aufgrund ihrer eigenen Befunde hätten sie plausibel und nachvollziehbar dargelegt, dass die Syringomyelie klinisch inapparent sei. Dr. med. B.____ habe in seinem Schreiben vom 21. Januar 2008 keinen die Schmerzen erklärenden Befund angegeben. Die subjektiven Schmerzangaben genügten nicht, um eine Invalidität zu begründen. Beide genannten Arztberichte vermöchten also keine Zweifel an den Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten zu erwecken. Die weitere Kritik der Versicherten sei in der Stellungnahme des Chefarztes des MEDAS vom 12. März 2008 entkräftet worden.

H.

Die Versicherte liess in ihrer Replik vom 28. Oktober 2008 geltend machen, ihre Aussagen seien im MEDAS-Gutachten nicht wahrheitsgemäss wiedergegeben worden. Sie sei als SimulantIn dargestellt worden. Dem psychiatrischen Sachverständigen sei es nur darum gegangen, die Glaubwürdigkeit ihrer Angaben zu untergraben und damit



die Befunde der anderen MEDAS-Ärzte zu bestärken. Dr. med. F.____ habe am 24. September 2008 gestützt auf die neuen fMRI-Aufnahmen festgestellt, dass sie im Stehen, im Sitzen und beim Arbeiten in vorgeneigter Stellung massivst eingeschränkt sei. Das Gleiten des untersten Lendenwirbels (Spondylolisthesis) sei für diese Schmerzen verantwortlich. In bestimmten Körperlagen komprimiere er nämlich die umliegenden Nervenbahnen. Demgegenüber habe Dr. med. D.____ zwar eine Olisthesis diagnostiziert, dieser jedoch aufgrund der weniger elaborierten Untersuchungsmethoden nicht das erforderliche Gewicht beigemessen. Damit falle auch eine adaptierte Erwerbstätigkeit ausser Betracht. Dr. med. F.____ hatte am 24. September 2008 angegeben, die Beschwerden lumbosakral seien invalidisierend. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess sei nicht realistisch. Auf der Höhe L5/S1 sollten eine Dekompression und eine intrakorporelle Aufrichtespondylodese durchgeführt werden. Der Replik lagen neben diesem Bericht von Dr. med. F.____ auch zwei Berichte über eine fMRI-Untersuchung vor.

I.

Dr. med. G.____ vom RAD hielt am 7. November 2008 fest, Dr. med. F.____ habe keine neuen Befunde aufgeführt. Er habe nur die subjektiven Schmerzen anders gewichtet. Die fMRI zeigten zwar degenerative Veränderungen, aber keine wesentliche Einengung der Neuroforamina, keine Nervenkompression und keine Instabilität. Die IV-Stelle machte am 10. November 2008 in ihrer Duplik geltend, die Behauptung, die fMRI-Untersuchung habe die erhofften Erkenntnisse bezüglich der Ursache der Schmerzen gebracht, lasse sich nicht aufrechterhalten.

J.

In einer Triplik vom 2. Dezember 2008 liess die Versicherte auf einen Bericht von Dr. med. F.____ verweisen, laut dem die lumbalen Beschwerden eher zugenommen hätten, jetzt neu mit vermehrter Ausstrahlung links und einer Dysaesthesie im Unterschenkel links. Die dynamische Engstellung der Neuroforamina nehme unter Belastung nicht wesentlich zu. Die Osteochondrose sei etwas ausgeprägter. Eine antero-posteriore Hypermobilität liege nicht vor. Jedoch sei die Anterolisthesis von L5 aufgrund der beidseitigen Spondylolisthesis nach wie vor vorhanden. Die



degenerativen Veränderungen und die Anterolisthesis seien schwer, mit Segmentkollaps bzw. Osteochondrose mit bereits Modicschen Zeichen. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess sei nicht sinnvoll. Eher sollte die Situation operativ saniert werden. Die Versicherte liess geltend machen, die Schmerzen seien auf eine erkennbare organische Schädigung zurückzuführen, die von der IV-Stelle offensichtlich nicht erkannt worden sei. Damit sei belegt, dass dem MEDAS-Gutachten nicht die behauptete Beweiskraft zukomme.

K.

Die IV-Stelle verzichtete am 9. Dezember 2008 auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Da die Beschwerdeführerin ohne den Treppensturz und die damit ausgelöste Gesundheitsbeeinträchtigung mit grosser Wahrscheinlichkeit weiterhin zu 100% ihrer langjährigen Arbeit als Laborassistentin nachgegangen wäre, stellt diese Erwerbstätigkeit die Validenkarriere dar, auf deren Grundlage das Valideneinkommen zu ermitteln sein wird. Allerdings handelt es sich dabei nicht zwingend um den letzten Arbeitsplatz, sondern um irgendeine, durchschnittliche Anforderungen stellende und deshalb auch durchschnittlich entlohnte Arbeitsstelle als Laborassistentin. Die Definition der Invalidenkarriere ist schwieriger, denn sie hängt von der - durch die medizinischen Sachverständigen zu definierenden - qualitativen Komponente der Arbeitsfähigkeit, d.h. von jener Art von Erwerbstätigkeit ab, die den höchstmöglichen Grad an medizinisch noch möglicher und zumutbarer Arbeitsfähigkeit (quantitative Komponente) erlaubt. Bereits in bezug auf diese qualitative Komponente der Arbeitsfähigkeit bestehen grosse Differenzen in den



ärztlichen Einschätzungen. Die Ärzte der Klinik Valens sind im Austrittsbericht vom 21. März 2006 davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Arbeit als Laborhilfe wieder aufnehmen und den Arbeitsfähigkeitsgrad schrittweise anheben könne. Sie haben also angenommen, dass es sich bei der bisherigen Arbeit um eine der Behinderung angepasste Erwerbstätigkeit handle. Der behandelnde Arzt Dr med. B.____ hat sowohl für die zuletzt ausgeübte als auch für eine ideal rückschonende, sogenannt adaptierte Erwerbstätigkeit jede Arbeitsfähigkeit verneint. Die Sachverständigen der MEDAS haben im Gutachten vom 11. Dezember 2007 für eine adaptierte Erwerbstätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angegeben. Sie haben diese adaptierte Erwerbstätigkeit folgendermassen definiert: Kein Stehen oder Sitzen während mehr als einer Stunde ohne Positionswechsel und kein wiederholtes Heben von Lasten über 10 kg. Sie haben darauf hingewiesen, dass mangels einer detaillierten Beschreibung des konkreten Arbeitsplatzes der Beschwerdeführerin nicht mit Sicherheit feststehe, ob es sich dabei um einen adaptierten Arbeitsplatz handle (vgl. Hauptgutachten S. 17). Dr. med. F.____ hat sich im Ergebnis ebenfalls zur qualitativen Komponente der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert, indem er angegeben hat, eine Reintegration in den Arbeitsprozess sei derzeit nicht sinnvoll. Damit hat er sinngemäss geltend gemacht, es gebe zur Zeit gar keine adaptierte Erwerbstätigkeit. Die Beschwerdeführerin selbst hat wiederholt die Auffassung geäussert, ihre letzte Arbeitsstelle als Labormitarbeiterin sei nicht adaptiert. Sie müsse dort nämlich längere Zeit konzentriert vor dem Computer sitzen oder längere Zeit stehend arbeiten und sie müsse schwere Behälter mit Chemikalien (10 L) heben und umfüllen. Ohne mehrfachen Positionswechsel könne sie nicht eine Stunde sitzen oder stehen (vgl. Einwand vom 2. Mai 2008 gegen den Vorbescheid S. 2 f.).

1.2 Die Invalidenkarriere wird aber in qualitativer Hinsicht nicht durch die konkrete letzte, sondern durch eine so weit wie möglich der Behinderung Rechnung tragende Arbeitsstelle für den Beruf der versicherten Person definiert. Es ist davon auszugehen, dass Ärzte insbesondere aufgrund ihrer Erfahrungen während der Ausbildung wissen, wie das Belastungsprofil einer Labortätigkeit im allgemeinen aussieht. Eine detaillierte Beschreibung dieser Tätigkeit ist also nicht notwendig, damit die Ärzte eine überzeugende Umschreibung der qualitativen Komponente der Arbeitsfähigkeit



abgeben können. Die Ärzte der MEDAS haben sich bei der quantitativen Arbeitsfähigkeitsschätzung zu Recht auf eine adaptierte Labortätigkeit und nicht auf den letzten Arbeitsplatz bezogen. Die detaillierte Beschreibung des konkreten Arbeitsplatzes, auf deren Fehlen sie hingewiesen haben, hätte nämlich nur eine – unnötige – Arbeitsfähigkeitsschätzung am konkreten letzten Arbeitsplatz ermöglicht. Die allgemeine Schadenminderungspflicht bezieht sich auch auf die qualitative Komponente der Arbeitsfähigkeit. Der adaptierte Arbeitsplatz ist behinderungsgerecht gestaltet und er ist nötigenfalls mit geeigneten Hilfsmitteln ausgestattet. Wenn die Beschwerdeführerin geltend macht, sie müsse während Stunden ohne Unterbruch konzentriert vor dem Computer sitzen, so übersieht sie, dass auch gesunde Arbeitnehmer bei einer reinen Computerarbeit prophylaktisch periodisch aufstehen, umhergehen und sich lockern sollten. Ausserdem gibt es Schreib- und Computertische, die auf Knopfdruck in der Höhe so verstellt werden können, dass an ihnen auch stehend gearbeitet werden kann. Die Tischverstellung bedingt keine relevante Unterbrechung der Arbeit am Computer. Die Beschwerdeführerin könnte einen solchen Tisch also sogar mehr als einmal pro Stunde verstellen. Auch für grundsätzlich stehend auszuübende Arbeiten gibt es Hilfsmittel, die es erlauben, die Position zu wechseln, ohne die Arbeit unterbrechen zu müssen (z.B. Sitzmöbel, die so hoch sind, dass die Beine gestreckt bleiben). An einem adaptierten Arbeitsplatz werden die Chemikalien in Behältern angeliefert und gelagert, die weniger als 10 L Inhalt haben. Andernfalls stehen Hilfsvorrichtungen zum Heben und zum Umfüllen zur Verfügung, die den Labormitarbeitern das vornüber geneigte längere Halten der Behälter erspart. Ob die behandelnden Ärzte, die eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angegeben haben, eine solcherart adaptierte Labortätigkeit vor Augen gehabt haben, ist nicht bekannt. Es ist zu vermuten, dass sie ganz generell jede, also auch die adaptierte Erwerbstätigkeit als nicht mehr möglich und/oder zumutbar betrachtet haben, so dass sie keine eindeutige Aussage zur qualitativen Komponente der Arbeitsfähigkeit gemacht, sondern sich wohl auf den konkreten, nicht ausreichend adaptierten Arbeitsplatz bezogen haben. Letzteres gilt auch für die Angaben der Beschwerdeführerin selbst. Deshalb ist mit den Sachverständigen der MEDAS davon auszugehen, dass es bei der Arbeit als Laborassistentin an einem entsprechend ausgerüsteten Arbeitsplatz um eine adaptierte Erwerbstätigkeit handelt. Die Invalidenkarriere entspricht deshalb der Validenkarriere.



2.

2.1 In bezug auf die quantitative Komponente weichen die Arbeitsfähigkeitsschätzungen ab. Während die Klinik Valens im Austrittsbericht vom 21. März 2006 eine Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit erwartet und die MEDAS im Gutachten vom 11. Dezember 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 100% angegeben hat, sind die behandelnden Ärzte Dr. med. B.____ und Dr. med. F.____ in ihren Berichten und Stellungnahmen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen. Gemäss Dr. med. B.____ ist die Syringomyelie Th8-11 die Ursache der vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Die Sachverständigen der MEDAS hingegen haben diese Syringomyelie als klinisch inapparent qualifiziert. Der medizinische Nachweis dafür, dass die Syringomyelie die massgebende Ursache einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit wäre, ist von Dr. med. B.____ nicht geführt worden. Im Gegenteil hat Dr. med. B.____ ein starkes Indiz gegen die Syringomyelie als Ursache einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geliefert, indem er angegeben hat, man habe die Rückenbeschwerden jeweils mit ein bis zwei Physiotherapien umfassend in den Griff bekommen. Im übrigen hat die Syringomyelie bei der Abklärung durch die MEDAS Anlass zu einer Reihe zusätzlicher Spezialuntersuchungen geboten. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen haben alle gegen die Syringomyelie als Ursache der geklagten Beschwerden gesprochen. Auch Dr. med. F.____ hat die Syringomyelie als irrelevant für die Beschwerden betrachtet. Es ist deshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt, dass die Syringomyelie die geklagten Beschwerden nicht ausgelöst haben kann.

2.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin scheint im Verlauf des Beschwerdeverfahrens ebenfalls zu dieser Überzeugung gelangt zu sein, denn nach der Erstellung der fMRI-Aufnahmen und nach dem ersten Bericht von Dr. med. F.____ hat er die Ursache der geklagten Beschwerden nur noch in den anderen Wirbelsäulenbeschwerden gesehen. Dr. med. G.____ vom RAD hat am 7. November 2008 darauf hingewiesen, dass die fMRI-Aufnahmen keine neuen Befunde ergeben hätten und dass keine wesentliche Einengung der Neuroforamina, keine Neurokompression und keine Instabilität erkennbar seien. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Meinung haben die nachträglich erstellten fMRI-Aufnahmen also keine – bis dahin fehlen-de – somatische Ursache für die geklagten



Beschwerden geliefert. Die von Dr. med. F.____ angegebene vollständige Arbeitsunfähigkeit hat ihre Ursache also nicht in einer – von den Sachverständigen der MEDAS übersehenen – Auswirkung der Syringomyelie. Der gestützt auf diese fMRI-Aufnahmen abgegebene Befund unterscheidet sich nicht von demjenigen im MEDAS-Gutachten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erklärt das sinngemäss zum einen damit, dass die Sachverständigen der MEDAS nicht über die einzig aussagekräftigen fMRI-Aufnahmen verfügt hätten, und zum anderen damit, dass die Sachverständigen der MEDAS die Angaben der Beschwerdeführerin beinahe systematisch abgeschwächt, falsch dargestellt oder überhaupt nicht wiedergegeben hätten. Die Sachverständigen der MEDAS haben tatsächlich nur über konventionelle MRI-Aufnahmen verfügt. Dass sie deshalb nicht in der Lage gewesen wären, die übrigen Rückenbeschwerden nach Art und Schweregrad zu beurteilen, ist nicht erstellt und auch nicht wahrscheinlich. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die fMRI-Aufnahmen nur die Ergebnisse der konventionellen MRI-Aufnahmen und der weiteren Untersuchungen bestätigt haben.

2.3 Die Behauptung der Beschwerdeführerin, ihre Angaben während der Untersuchungen seien im MEDAS-Gutachten konsequent zu ihrem Nachteil nicht oder falsch wiedergegeben worden, läuft auf den Vorwurf der Befangenheit hinaus. Warum die Sachverständigen der Beschwerdeführerin gegenüber voreingenommen hätten sein sollen, ist nicht ersichtlich. Es handelte sich um erfahrene Sachverständige, die sich durch persönlich Sympathien oder Antipathien auch dann nicht beeinflussen lassen, wenn eine versicherte Person in irgendeiner Form besondere Wesenszüge zeigt. Diese Sachverständigen haben sonst keine Veranlassung, Untersuchungsergebnisse zuungunsten einer versicherten Person zu manipulieren, denn sie sind unabhängig von der Beschwerdegegnerin und von deren Aufsichtsbehörde. Sie haben vom Ausgang der Begutachtung weder einen Vor- noch einen Nachteil irgendwelcher Art zu erwarten. Der Vorwurf der Beschwerdeführerin ist möglicherweise darin begründet, dass das teilweise demonstrative Verhalten und die entsprechend akzentuierten Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin zu deren Enttäuschung nicht als Ausdruck des objektiven Gesundheitszustandes akzeptiert worden sind. Selbst wenn im MEDAS-Gutachten einige Aussagen der Beschwerdeführerin leicht abgeschwächt wiedergegeben sein sollten, ändert das nichts daran, dass die Gutachter es verstanden haben, anhand der ihnen als Resultat der Untersuchungen zur Verfügung stehenden



objektiven Informationen in bezug auf die Aussagen der Beschwerdeführerin "den Spreu vom Weizen zu trennen". Im übrigen kann auf die Ausführungen von Dr. med. H.____ vom 12. März 2008 verwiesen werden. Dort ist aus medizinisch-gutachterlicher Sicht die Erfahrungstatsache bestätigt worden, dass behandelnde Ärzte in einem erheblichen Ausmass dazu neigen (müssen), die konsequent pessimistische Selbsteinschätzung und –darstellung ihrer Patienten ernst zu nehmen und dann der Arbeitsfähigkeitsschätzung zugrunde zu legen. Dazu mag in einigen Fällen auch beitragen, dass derartige Schätzungen in der Regel nach langdauernden, aber erfolglosen therapeutischen Bemühungen abgegeben werden, so dass aus der Sicht des behandelnden Arztes tatsächlich ein Rentenbedarf zu bestehen scheint. Unter Berücksichtigung dieser Erfahrungstatsachen ist der Arbeitsfähigkeitsschätzung der unvoreingenommenen medizinischen Sachverständigen eine bedeutend höhere Überzeugungskraft beizumessen als der Arbeitsfähigkeitsschätzung eines behandelnden Arztes, wobei allerdings vorausgesetzt ist, dass das Gutachten den an es zu stellenden "technischen" Anforderungen entspricht (vgl. dazu etwa Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, S. 230). Die Angaben behandelnder Ärzte vermögen nur dann die Überzeugungskraft eines solchen Gutachtens zu erschüttern und damit zu bewirken, dass die im Gutachten angegebene Arbeitsfähigkeit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt ist, wenn sie auf einer detaillierten und offenkundig objektiven Auseinandersetzung mit den Resultaten der Begutachtung beruhen, wenn also ohne weiteres erkennbar ist, dass der behandelnde Arzt sich unbefangen, fundiert und überzeugend mit dem medizinischen Sachverhalt auseinandergesetzt hat. Die Ausführungen von Dr. med. F.____ erfüllen diese Anforderungen nicht, denn es fehlt jede Auseinandersetzung mit der von den Sachverständigen der MEDAS vertretenen Auffassung. Das gilt erst recht für die Angaben von Dr. med. B.____, der seine Arbeitsfähigkeitsschätzung zudem zu Unrecht auf die Syringomyelie als Ursache der Beschwerden abgestützt hat. Da das Gutachten der MEDAS vom 11. Dezember 2007 alle Anforderungen erfüllt, steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin an einem der Behinderung gut angepassten Arbeitsplatz als Laborassistentin zu 100% arbeitsfähig ist.

3.



In einer durchschnittlichen Tätigkeit als Laborassistentin wirkt sich die Behinderung (in der Form einer geringen qualitativen Arbeitsunfähigkeit) nicht negativ aus, d.h. es besteht keine Veranlassung anzunehmen, die Beschwerdeführerin könne nur noch unterdurchschnittlich bezahlte Arbeiten als Laborassistentin ausführen, weil ihr nicht mehr alle in diesem Beruf nötigen Verrichtungen möglich wären. Die Beschwerdeführerin ist vielmehr trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung als qualitativ und quantitativ voll arbeitsfähige Laborassistentin zu qualifizieren. Da die Validen- und die Invalidenkarriere also übereinstimmen, kann sich der Einkommensvergleich auf einen sogenannten Prozentvergleich (vgl. etwa Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, S. 203 f.) beschränken. Die Beschwerdeführerin ist trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung zu 100% arbeitsfähig und deshalb fähig, ein durchschnittliches Einkommen zu erzielen. Es besteht also keine Invalidität gemäss Art. 8 ATSG. Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen.

4.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, weshalb das entsprechende Begehren abzuweisen ist. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten sind durch die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen. Sie bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Da es sich um ein in dieser Hinsicht durchschnittliches Beschwerdeverfahren handelt, erscheint praxisgemäss eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen. Diese Gerichtsgebühr ist durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.