

Sachverhalt

A. A. _____, geboren im Jahr 1959, verheiratet, wohnhaft in B. _____, arbeitete seit dem 1. Dezember 2003 als Produktionsmitarbeiterin mit einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent in derselben Firma. Per Anfang des Jahres 2010 reduzierte sie ihr Arbeitspensum auf 80 Prozent. Wegen anhaltender Schmerzen wurde sie von ihrem Hausarzt seit September 2010 zu 100 Prozent, seit November 2010 zu 50 Prozent und seit Mai 2011 zu 75 Prozent arbeitsunfähig geschrieben.

B. Am 10. März 2011 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Zu ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung gab sie an, sie leide unter einem Schmerzsyndrom (Kopf, Arme, Beine, Rücken) sowie einem Restless-Legs-Syndrom. Erste Schmerzen seien im Jahr 1992 aufgetreten, seither seien weitere Schmerzen dazugekommen.

Die IV-Stelle führte am 5. April 2011 ein Erstgespräch mit der Versicherten, holte diverse Arztberichte ein und gab eine bidisziplinäre Begutachtung (rheumatologisch-psychiatrisch) in Auftrag.

Mit Vorentscheid vom 23. April 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass der Versicherten sowohl aus psychiatrischer wie auch aus rheumatologischer Sicht ihr bisheriges Arbeitspensum von 80 Prozent in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Leistungseinbusse zumutbar sei. Es bestehe daher keine Erwerbseinbusse. Eine Arbeitsunfähigkeit bei der Verrichtung einzelner Arbeiten im Haushalt sei in den medizinischen Akten nicht ausgewiesen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abklärung vor Ort, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 15,9 Prozent ergeben habe, liege der Invaliditätsgrad bei 3,2 Prozent.

Mit Verfügung vom 17. September 2012 bestätigte die IV-Stelle ihren Vorentscheid.

C. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Bruno Kaufmann, am 18. Oktober 2012 Beschwerde an das Kantonsgesicht Freiburg. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Weiter beantragt sie, es sei ein doppelter Schriftenwechsel anzuordnen und eine öffentliche Verhandlung mit Parteiverhör und Parteivortrag anzusetzen. Zur Begründung führt die Beschwerdeführerin aus, sie würde ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 100 Prozent arbeiten und nebenbei den Haushalt führen. Da sie ihren Beschäftigungsgrad ausschliesslich wegen ihres Gesundheitszustandes auf 80 Prozent reduziert habe, habe die Vorinstanz die gemischte Methode zu Unrecht angewandt. Damit ein Einkommensvergleich vorgenommen werden könne, müsse zunächst die Arbeitsfähigkeit korrekt festgelegt werden.

In ihren Bemerkungen vom 10. Januar 2013 hält die IV-Stelle an der angefochtenen Verfügung vollumfänglich fest und beantragt die Abweisung der Beschwerde. Das in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten (rheumatologisch-psychiatrisch) komme zum Schluss, dass keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer anderen Tätigkeit vorliege. Das 80-Prozent-Pensum als Produktionsmitarbeiterin werde damit als weiterhin voll zumutbar erachtet. Ob die gemischte Methode zu Recht oder zu Unrecht angewandt worden sei,

könne offen gelassen werden, da auch die Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu keinem anderen Ergebnis als zur Ablehnung des Rentenanspruchs führe.

Trotz sechsmaliger Fristerstreckung, letztmalig bis 16. September 2013, reichte die Beschwerdeführerin keine Gegenbemerkungen ein.

D. Am 16. März 2015 wurde eine öffentliche Verhandlung durchgeführt, anlässlich welcher der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seinen Parteivortrag hielt. Auch die Beschwerdeführerin äusserte sich zum Fall.

Erwägungen

1. Die Beschwerde vom 18. Oktober 2012 gegen die Verfügung vom 17. September 2012 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. a) Im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215, E. 7.3).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

b) Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei

weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49, E. 1.2; 102 V 165; AHl 2001 S. 228, E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294, E. 4c).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (Förster-Kriterien). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352, E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (ULRICH MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77). Die vorgenannten Kriterien kommen auch bei der Fibromyalgie zur Anwendung (Urteil des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008, E. 5). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. BGE 132 V 65, E. 4.2 sowie BGE 131 V 49 mit Hinweisen). Ferner genügen in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten – mithin die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person – für die Begründung einer Invalidität allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 352, E. 2.2.2 mit Hinweisen).

Aufgrund der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (begründet durch BGE 130 V 352) sowie der nachfolgenden Ausweitung auf weitere Krankheitsbilder wie Fibromyalgie (BGE 132 V 65), dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (Urteil des Bundesgerichts 9/07 vom 9. Februar 2007), chronifizierte Somatisierungsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2008 vom 16. Dezember 2008), Dysthymie (Urteil des Bundesgerichts I 649/05 vom 13. März 2007), dissoziative Bewegungsstörung (Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008), Neurasthenie und Chronic Fatigue Syndrom (Urteil des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 und Urteil des Bundesgerichts 9C_98/2010 vom 28. April 2010) und HWS-Trauma (BGE 136 V 279) wurde in den letzten Jahren ein ganz erheblicher Teil von kranken und verunfallten Versicherten vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung ausgeschlossen. Vom

Grundsatz her anerkennt zwar die bundesgerichtliche Rechtsprechung, dass auch bei den genannten Beschwerdebildern eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Es wird jedoch die Entschädigungswürdigkeit eben dieser Arbeitsunfähigkeit aberkannt. Obschon aus juristischen Kreisen die Rechtsprechung als diskriminierend kritisiert wurde, hat sich das Bundesgericht in BGE 139 V 547 mit dieser Kritik auseinandergesetzt und an der Schmerzrechtsprechung festgehalten; dies mit der Begründung, dass der Nachweis einer Invalidität in medizinischer Hinsicht eine evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraussetze. Bei unklaren Beschwerdebildern sei ein objektiver Nachweis nicht möglich, weshalb im Hinblick auf die Beweislast eine gesonderte Beurteilung im Sinne der Schmerzrechtsprechung gerechtfertigt sei (BGE 139 V 547, insbesondere E. 9.4).

c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d.h. arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93, E. 4; 115 V 133, E. 2; 107 V 17, E. 2b; 105 V 156, E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235, E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403, E. 2; 114 V 281, E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17, E. 2b; PETER OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Dissertation, Freiburg 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

d) Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird gemäss Art. 28a IVG für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Abs. 2). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Abs. 3). In BGE 137 V 334 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur gemischten Methode bestätigt.

e) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351, E. 3b/cc mit Hinweisen).

3. Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Hierfür rechtfertigt es sich, die wichtigsten medizinischen Unterlagen durchzugehen.

Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass vorliegend der Zeitraum bis zum Datum der angefochtenen Verfügung am 17. September 2012 zu beurteilen ist. Wie noch zu zeigen sein wird, wurde die vorliegende Angelegenheit, was den massgebenden Zeitraum anbelangt, genügend abgeklärt und das medizinische Dossier ist diesbezüglich komplett. Auf weitere Abklärungen zur Frage der Arbeitsfähigkeit, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wird, kann verzichtet und abschliessend über den Fall entschieden werden.

a) Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin traten im Jahr 1992, nach der Entbindung ihres zweiten Kindes, erstmals Schmerzen im unteren Rückenbereich auf. Diese Schmerzen traten bis dreimal jährlich auf und bildeten sich unter den jeweils durchgeführten Therapiemassnahmen (Medikamente, Physiotherapie) wieder zurück. Im Jahr 2009 änderte sich das Beschwerdebild. Die Beschwerdeführerin klagt seither über tägliche Schmerzen im unteren Rückenbereich sowie im Bereich der ganzen Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Arme, den Kopf und die Beine, Schmerzen im Bereich der Beine, Schlafstörungen und Müdigkeit, diffuse Druckschmerzen am ganzen Körper sowie ein Völlegefühl im Bauch, Ängste und Nervosität. Wegen dieser Beschwerden wurde sie seit September 2010 von ihrem Hausarzt immer wieder arbeitsunfähig geschrieben. Die Reduktion des Arbeitspensums konnte indessen nicht verhindern, dass die Schmerzen anhaltend zunahmen. Die Beschwerdeführerin wird unterdessen im Haushalt von Ehemann und Tochter unterstützt (rheumatologisches Gutachten vom 3. April 2012, Vorakten S. 160 und 154; psychiatrisches Gutachten vom 3. April 2012, Vorakten S. 181 f.).

b) Zu den beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin finden sich die folgenden Arztberichte in den Akten:

Ein MRI-Befund der Lendenwirbelsäule vom 10. September 2010 ergab weitgehend altersentsprechende Befunde: geringe linkskonvexe Skoliose lumbal; kleines Hämangiom im BWK12; geringe Chondrose und geringe Spondylarthrose LWK3 – SWK1; minime Diskusprotrusionen LWK3 bis LWK5; Höhe LWK5/SWK1 kleinste mediane Diskushernie ohne Wurzelkompression (Vorakten S. 100).

Am 28. September 2010 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, untersucht. Dieser stellte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2010 (Vorakten S. 96 f.) die folgenden Diagnosen: chronisches lumbospondylogenes Syndrom; Ödeme Unterschenkel/Füsse beidseits unter Aussparung der Zehen; arterielle Hypertonie; Adipositas. Anhaltspunkte für eine Fibromyalgie seien aktuell keine gefunden worden, eine gewisse überlagernde Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung sei aber gut möglich.

Am 20. Dezember 2010 und 10. Januar 2011 wurde die Beschwerdeführerin ausserdem durch Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie FMH, untersucht. Dem Bericht vom 11. Januar 2011 (Vorakten S. 82 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit der letzten Untersuchung die Kopfschmerzmedikamente stark reduziert habe; damit habe sie sowohl nachts wie auch tagsüber keine Kopfschmerzen mehr. Es würden jedoch weiterhin chronische Rückenschmerzen bestehen, ein komisches muskelkaterartiges Gefühl in den Armen, tagsüber Schmerzen in den Beinen und nachts eigenartige Sensationen, welche von den Füßen her aufsteigen und auf Bewegung bessern würden. Folgende Diagnosen könnten gestellt werden: Restless-Legs-Syndrom; Verdacht auf Beinschmerzen im Rahmen einer chronisch venösen Insuffizienz; Armschmerzen unklarer Ätiologie (DD: medikamentös). Nicht bestätigt werden könne die letztmalige geäusserte Verdachtsdiagnose einer sensiblen axonalen Polyneuropathie. Da die Laboruntersuchungen keine Auffälligkeiten gezeigt hätten, liege wahrscheinlich kein symptomatisches Restless-Legs-Syndrom vor. Die Befunde seien mit einer chronisch venösen Insuffizienz der Beine vereinbar; die geschilderten Beschwerden im Bereich der Arme blieben unklar (vgl. auch Bericht vom 21. Dezember 2010, Vorakten S. 84 f.).

Ein MRI des Schädels vom 18. Februar 2011 ergab den folgenden Befund: normales MRI des Neurocraniums; keine Hinweise auf Demyelinisation oder sonstige entzündliche Affektion; entzündliches Schleimhautposter fast in sämtlichen Nebenhöhlen als Nebenbefund (Vorakten S. 99).

In seinem Arztbericht vom 14. Juni 2011 zu Handen der IV-Stelle (Vorakten S. 89 ff.) stellt Dr. med. D. _____ die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: generalisiertes Schmerzsyndrom. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Restless-Legs-Syndrom; chronische Kopfschmerzen; chronisch venöse Insuffizienz. Die Beschwerdeführerin sei seit Jahrzehnten nervös; durch kleine Aufregungen werde sie in Angst versetzt. Sie verspüre ziehende Schmerzen in den ganzen Beinen vor allem im Liegen, weshalb sie mehrmals pro Nacht erwache. Zunehmend würden diese Schmerzen auch in den Armen auftreten und tagsüber im Sitzen. Durch Massieren und Bewegen würden diese Schmerzen abnehmen. Daneben würde die Beschwerdeführerin unter chronischen Rückenschmerzen, chronischen Kopfschmerzen, vermehrtem Schwitzen seit der Menopause und einem Lymphödem an den Unterschenkeln leiden. Ansonsten keine Sensibilitätsstörungen, keine Störungen der Hirnnerven oder andere auf neurologische Schäden verdächtige Symptome; der Neurostatus sowie die elektrophysiologische Untersuchung seien normal. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht beurteilt werden, da die Untersuchungen nicht unter diesem Gesichtspunkt stattgefunden hätten.

Am 13. Juli 2011 stellte der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom mit chronischen Kopfschmerzen, diffusen Weichteilschmerzen, Schweregefühl in den Armen tagsüber, Schlafstörungen, Verdacht auf symptomatisches Restless-Legs-Syndrom. Seit dem 7. September 2010 seien diverse Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50 und 100 Prozent attestiert worden. Wegen der Schmerzen und der Müdigkeit sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt. Seit April 2011

bestehe eine 75-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Arztbericht vom 13. April 2011, Vorakten S. 113 ff.; vgl. auch Zuweisungsschreiben an die Rheumatologische Poliklinik des F. _____ vom 13. Juli 2011, Vorakten S. 108 f.).

Eine ambulante rheumatologische Untersuchung durch die Poliklinik für Rheumatologie des F. _____ vom 25. August 2011 ergab die folgenden Diagnosen: costovertebrale Arthritis Th 9 rechts (ICD-10: M54.6). Mittels der Anamnese seien die Schmerzen nicht klar entzündlich oder mechanisch zuzuordnen. In der klinischen Untersuchung liessen sich die Schmerzen durch keinerlei Manipulation oder Bewegung provozieren. Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik würden fehlen. In der Nachbefundung der MRI-Untersuchung der BWS werde eine costovertebrale Arthritis rechts beschrieben. Ob dieser Befund die Beschwerden hinreichend erklären könne, sei nicht mit Gewissheit zu sagen; eine gewisse Ausweitungstendenz bei chronischem Verlauf der Schmerzen sei vorhanden, jedoch könne das genannte somatische Korrelat der Auslöser sein. Es wird eine Infiltrationsbehandlung des costovertebralen Gelenkes thorakal 9 rechts empfohlen (Bericht vom 15. September 2011, Vorakten S. 116 ff.).

Auf Anraten ihres Hausarztes befindet sich die Beschwerdeführerin seit Dezember 2011 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Die Sitzungen finden einmal monatlich statt. Ein Arztbericht findet sich nicht in den Akten.

c) In seiner Stellungnahme vom 10. November 2011 hält der Regional Ärztliche Dienst Bern/Freiburg/Solothurn, Zweigstelle Freiburg (nachfolgend: RAD), eine bidisziplinäre Begutachtung (rheumatologisch-psychiatrisch) mit gegenseitigem Einvernehmen der Experten für notwendig (Vorakten S. 129), worauf die IV-Stelle eine solche Begutachtung in Auftrag gab.

Im rheumatologischen Gutachten vom 3. April 2012 (Vorakten S. 161 ff.) stellt Dr. med. H. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, Manuelle Medizin SAMM und Neuraltherapie ÖÄK, keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar, primäres Fibromyalgie-Syndrom, Panalgie, diffuse Druckschmerzangabe, Panvertebralsyndrom, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nervosität, Völlegefühl, Ängste); thorakal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf; Adipositas mit Body-Mass-Index von 33.0 kg/m²; chronisch venöse Insuffizienz der Beine (Vorakten S. 155). Während der klinischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik entwickelt, im Rahmen derer vier der fünf Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht-organisch abstützbare Beschwerden, nachweisbar geworden seien. Die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne somit vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden (Vorakten S. 155 und 158). Auch die diffusen Druckschmerzen, die neben sämtlichen der an typischer Lokalisation gelegenen Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen auch die Kontrollpunkte umfassen, könnten vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden, zumal kein korrelierender klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden könne. Möglich sei das Vorliegen eines primären Fibromyalgie-Syndroms, wobei auch dieses nicht vordergründig auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden könne (Vorakten S. 154 f.). Weiter lasse sich auch an den oberen Extremitäten kein klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektivieren. Die leichtgradigen rechtsbetonten DIP-Arthrosen der Zeige- und Mittelfinger seien noch derart diskret ausgeprägt, dass sie sich klinisch nicht sicher bestätigen liessen (Vorakten S. 153). Im Bereich der Wirbelsäule schildere die Beschwerdeführerin

die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender, Körperhaltung oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolge, was auf vordergründig nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hinweise. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. In der klinischen Untersuchung habe cervical eine leichtgradige Chondrose im Segment von HWK5/6 und eine leichtgradige Osteochondrose im Segment von HWK6/7 dokumentiert werden können, was die cervical ausschliesslich für die Extension zu einem Drittel eingeschränkte Bewegungsamplituden, bei cervical ansonsten allseits freien Bewegungsamplituden, begründe; thorakal und lumbal hätten keine Bewegungseinschränkungen objektiviert werden können (Vorakten S. 152 f.). An den unteren Extremitäten würden bezüglich der leichtgradigen chronisch venösen Insuffizienz der Beine derzeit keine Hinweise auf eine Komplikation bestehen. Die Beschwerdeführerin beschreibe keine Beschwerden, die typisch für eine symptomatische chronisch venöse Insuffizienz der Beine seien (Vorakten S. 151). Auch allgemeininternistisch lasse sich, abgesehen vom Übergewicht, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektivieren, ebenso wenig lasse sich bezüglich der geschilderten multiplen Beschwerden (wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nervosität, Völlegefühl, Ängste) ein korrelierender somatisch-pathologischer Befund objektivieren (Vorakten S. 151). Insgesamt würden die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar beurteilt. In einer derartigen Situation seien invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (Vorakten S. 150). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (Vorakten S. 148).

Im fachpsychiatrischen Gutachten vom 3. April 2012 (Vorakten S. 185 ff.) stellt Dr. med. I._____, Spezialarzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit Ende des Jahres 2009 (ICD-10: F45.4), Persönlichkeit mit akzentuierten, emotional unreifen, impulsiven und histrionen Zügen, bestehend vermutlich bereits seit der Adoleszenz, sowie Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) (Vorakten S. 176). Allerdings seien die Kriterien zur Beurteilung einer Invalidisierung durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung allesamt als nicht erfüllt zu betrachten: weder sei von einer schweren psychiatrischen Komorbidität auszugehen, noch bestehe eine schwere körperliche Begleiterkrankung. Auch seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht vollständig ausgeschöpft. Vielmehr werde das Krankheitsbild entscheidend und ganz überwiegend von sozialen und kulturellen Faktoren sowie einem unübersehbaren Rentenbegehren beeinflusst (Vorakten S. 170). Trotz der bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei die Beschwerdeführerin somit aus rein psychiatrischer Sicht noch in der Lage, ihre bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin sowie jede vergleichbare Tätigkeit weiterhin vollzeitig (zu 100 Prozent) ohne Leistungsminderung auszuüben (Vorakten S. 169 ff.).

Im Anschluss an die jeweiligen Einzeluntersuchungen diskutierten der rheumatologische und der psychiatrische Gutachter die erhobenen Befunde ausführlich und kamen nach einer interdisziplinären Bewertung zu folgender Beurteilung: Auf rheumatologischem Fachgebiet leide

die Beschwerdeführerin an einem nicht ausreichend somatisch abstützbaren, chronischen generalisierten Schmerzsyndrom im Sinne eines primären Fibromyalgie-Syndroms sowie einem thorakal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf. Diese Störungen seien in ihrer Ausprägung insgesamt nicht als so schwerwiegend anzusehen und zu beurteilen, als dass hierdurch eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit zu begründen wäre. Auch die bisherige Tätigkeit als Fabrikarbeiterin sowie die üblichen Haushaltsaktivitäten seien ihr weiterhin grundsätzlich zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin somit trotz dieser Beschwerden in ihrer bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese erfülle hingegen nicht die Kriterien einer Invalidisierung, so dass die Beschwerdeführerin auch aus psychiatrischer Sicht als vollständig arbeitsfähig anzusehen sei. Zusammenfassend würden sich somit auch aus interdisziplinärer rheumatologischer und psychiatrischer Sicht keine dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben (interdisziplinäre Beurteilung vom 3. April 2012, Vorakten S. 166).

d) Am 10. Mai 2012 verfasste Dr. med. E._____ eine „Protestnote“, in welcher er sich vom Resultat der Begutachtung klar distanziert. Er moniert im Wesentlichen, dass die heutigen IV-Gutachter Maximalpositionen einnehmen, die kaum zu erfüllen seien und durch die die Betroffenen auf dem Papier als voll arbeitsfähig gelten, obwohl die Realität völlig anders aussehe.

4. a) Vorliegend kann festgehalten werden, dass sich sowohl das rheumatologische wie auch das psychiatrische Gutachten je auf eine ausführliche Exploration, aktuelle Labor- und Röntgenuntersuchungen sowie das den Gutachtern zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützen. Die Gutachten berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und sind in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Es fällt zwar auf, dass sowohl die beiden Gutachten wie auch die interdisziplinäre Beurteilung dasselbe Datum tragen. Dies lässt sich aber damit erklären, dass bei bi- und pluridisziplinären Begutachtungen interdisziplinäre Besprechungen zwischen den einzelnen Fachrichtungen erwünscht, ja sogar notwendig sind. Im konkreten Fall dürfte das Datum (3. April 2012) dem Datum nach Finalisierung der interdisziplinären Beurteilung entsprechen.

Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde keine begründete Kritik an den beiden Gutachten vor. Da die beiden Gutachten umfassend, gut begründet, logisch und nachvollziehbar sind und die von den Gutachtern gestellten Diagnosen zudem nicht in einem offensichtlichen Widerspruch stehen zu den übrigen, im konkreten Fall bereits gestellten Diagnosen (Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH: chronisches lumbospondylogenes Syndrom, wobei eine gewisse überlagernde Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung gut möglich sei [Bericht vom 1. Oktober 2010, Vorakten S. 96 f.]; Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie FMH: generalisiertes Schmerzsyndrom [Arztbericht vom 14. Juni 2011, Vorakten S. 89 ff.]; Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH: chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom [Arztbericht vom 13. Juli 2011, Vorakten S. 113 ff.]), kann ohne weiteres auf die beiden Gutachten respektive die interdisziplinäre Beurteilung abgestellt werden. Im Folgenden ist somit von einem nicht ausreichend somatisch abstützbaren, chronischen generalisierten Schmerzsyndrom im Sinne eines primären Fibromyalgie-Syndroms sowie einem thorakal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen.

Was die bestehende chronisch venöse Insuffizienz anbelangt, so bestätigte der untersuchende Neurologe am 14. Juni 2011, dass diese Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführern hat (Vorakten S. 89 ff.). Damit musste dieses Leiden im Rahmen einer Expertise nicht weiter spezialärztlich abgeklärt werden. Dies gilt ebenfalls für die weitere Abklärung durch einen Neurologen. Der Arzt des RAD konnte angesichts des durch den behandelnden Neurologen erstellten Berichtes die Expertise auf den rheumatologisch-psychiatrischen Aspekt beschränken.

Bloss der Vollständigkeit halber ist festzustellen, dass die „Protestnote“ des behandelnden Arztes die Aussagen der Experten nicht zu entkräften vermag. Insbesondere ist der Hausarzt nicht Facharzt in einem der hier interessierenden Gebiete. Hinzu kommt, dass er die Rechtsprechung betreffend der organisch nicht erklärbaren Schmerzsyndrome (Fibromyalgie oder somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung) offenbar verkennt. Wie bereits unter Erwägung 2b ausführlich dargelegt wurde, geht das Bundesgericht bei diesen Krankheitsbildern davon aus, dass ein gewisser objektiver Massstab anzusetzen ist und in der Regel diese Störungen als überwindbar gelten. Die vom Hausarzt geäusserte Kritik ist in diesem Rahmen zu sehen und lässt sich damit erklären, dass im Bereich der IV-rechtlichen Problematik nicht vom bio-psychosozialen, sondern vom bio-psychischen Krankheitsverständnis auszugehen ist.

b) Da bei der Beschwerdeführerin von einem nicht ausreichend somatisch abstützbaren, chronischen generalisierten Schmerzsyndrom im Sinne eines primären Fibromyalgie-Syndroms sowie einem thorakal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden zu verneinen. Da nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung versicherte Personen vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung auch dann ausgeschlossen sind, wenn die soeben erwähnten Krankheitsbilder zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, drängen sich bei diesem Ergebnis weitere Abklärungen zur Frage der Arbeitsfähigkeit, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wird, nicht auf. Gestützt auf das Resultat der Begutachtung kann daher davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin für die bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten (Serviceangestellte, Produktionsmitarbeiterin) sowie für jede vergleichbare Tätigkeit weiterhin zu 100 Prozent ohne Leistungsminderung arbeitsfähig ist.

5. Die Beschwerdeführerin beanstandet, ihr Invaliditätsgrad sei zu Unrecht aufgrund der gemischten Methode ermittelt worden. Da sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 100 Prozent arbeiten würde, sei die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs anzuwenden.

Dieser Einwand mag zwar angesichts des Zeitpunktes der Reduktion des Beschäftigungsgrades von 100 Prozent auf 80 Prozent als begründet erscheinen, stösst aber im Ergebnis ins Leere. Selbst wenn der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln wäre, würde kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehen. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten ist vorliegend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Gesundheitszustandes in der Lage ist, in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Produktion zu 100 Prozent ohne Leistungsminderung zu arbeiten (vgl. Erwägungen 3c und 3e). Damit ist offensichtlich, dass keine Einkommenseinbusse resultieren kann.

Da sowohl bei Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs wie auch bei Anwendung der gemischten Methode kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, kann die Frage offen gelassen werden, ob die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 80 Prozent oder zu 100 Prozent arbeiten würde.

6. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, weshalb die angefochtene Verfügung vom 17. September 2012 zu bestätigen und die vorliegende Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

7. Die Gerichtskosten zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin werden auf 800 Franken festgesetzt und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

Da die Beschwerdeführerin mit ihren Anträgen unterliegt, hat sie keinen Anspruch auf Parteienschädigung.

Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde wird abgewiesen.
- II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von 800 Franken zu Lasten der Beschwerdeführerin erhoben und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
- III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.
- IV. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Sie müssen die Gründe angeben, weshalb Sie die Änderung dieses Urteils verlangen. Damit das Bundesgericht Ihre Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 20. April 2015/dki

Präsident

Gerichtsschreiberin-Berichterstatterin