



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. März 2018 (720 17 266 / 72)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung des von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens und der Berichte von behandelnden medizinischen Fachpersonen; Ermittlung des Invaliditätsgrades nach der gemischten Methode

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Suzanne Davet, Advokatin, Falknerstrasse 3, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1974 geborene A.____ meldete sich am 1. November 2013 unter Hinweis auf starke Rückenschmerzen im unteren Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und psychische Probleme erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärungen der medizinischen, erwerblichen und hauswirtschaftlichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft bei der Versicherten in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode (Erwerb 80 % und Haushalt 20 %) einen Invaliditätsgrad von 22 %. Gestützt

auf dieses Ergebnis lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. Juni 2017 einen Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokatin Suzanne Davet, am 4. September 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Darin beantragte sie, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine ganze Invalidenrente ab 1. Mai 2014 zuzusprechen. Eventualiter seien bei Dr. med. B._____, praktische Ärztin, Dr. med. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D._____, FMH Rheumatologie, Klinik E._____, medizinische Verlaufsberichte einzuholen und ihr anschliessend eine ganze Rente ab 1. Mai 2014 zuzusprechen. Subeventualiter sei ein psychiatrisches und/oder rheumatologisches Obergutachten anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge; wobei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin zu bewilligen seien. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden Gutachten von Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Mai 2015 und Dr. med. G._____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 9. Juli 2015 sowie das Ergänzungsgutachten von Dr. F._____ vom 14. Juli 2015 nicht beweiskräftig genug seien, um darauf abstellen zu können.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Oktober 2017 stellte die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahmen von Dr. med. H._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. I._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), vom 28. September 2017 den Antrag auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 9. Oktober 2017 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Suzanne Davet als Rechtsvertreterin.

E. Am 13. November 2017 liess die Versicherte durch ihre Rechtsvertreterin einen Bericht der J._____, vom 29. August 2017 über die Ergebnisse der Knochendichtemessung einreichen. Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 21. November 2017 auf eine Stellungnahme.

Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 4. September 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und 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. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich; BGE 141 V 20 E. 3.2).

3.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, 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 Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (BGE 141 V 20 f. E. 3.2 mit Hinweisen).

3.4 Vorliegend bemass die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der gemischten Methode. Dabei ging sie davon aus, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in einem Pensum von 80 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen und im Umfang von 20 % den Haushalt besorgen würde. Diese Beurteilung wird von der Versicherten nicht bestritten. Es ergeben sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte für eine andere Auffassung.

4.1. Streitig und zu prüfen ist, in welchem Ausmass die Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeits- bzw. erwerbsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte

und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten stützte sich die IV-Stelle auf das bidisziplinäre (psychiatrische/rheumatologische) Gutachten der Dres. F.____ und G.____ vom 5. Mai 2015 und 9. Juli 2015 sowie auf das Ergänzungsgutachten von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015 ab. Dr. F.____ gelangte in seinem psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 5. Mai 2015 zum Ergebnis, dass bei der Versicherten keine psychischen Erkrankungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z43.1). Die Versicherte berichte, dass sie in der Kindheit von ihrem Vater und ihrer Mutter immer wieder geschlagen worden sei. Zweimal habe sie versucht, sich umzubringen. Sie sei deswegen aber nie psychiatrisch behandelt worden. Der Kindsvater ihrer ersten Tochter, welche 1994 geboren worden sei, sei 2002 erstochen worden. Ihr und ihrer Tochter sei es danach psychisch sehr schlecht ergangen. Mit ihrem zweiten Mann habe sie 1998 ihre zweite Tochter bekommen. Mit ihm habe sie 4 Jahre zusammengelebt. Ihre dritte Tochter sei nach einer kurzen Bekanntschaft mit dem Kindsvater 2007 geboren worden. Seit über einem Jahr sei sie mit ihrem jetzigen Freund zusammen; sie verstehe sich gut mit ihm. Sie hätten eine gemeinsame Wohnung in Aussicht. In seiner Beurteilung führte Dr. F.____ aus, dass die Versicherte unter chronischen depressiven Verstimmungen, einer gewissen Freudlosigkeit und einem Gefühl der Unzulänglichkeit leide. Anlässlich der Untersuchung habe er weder Schlaf- noch Antriebsstörungen noch eine ausgeprägte depressive Verstimmung feststellen können. Sie weise eine gewisse Affektlabilität vor und neige dazu, ihre Beschwerden dramatisch zu schildern, was der Diagnose "histrionischen Persönlichkeitszüge" zuzuordnen sei. Die Affekte seien bei der Untersuchung sehr schwankend gewesen. Es sei ihr aber immer wieder gelungen, sich rasch zu beruhigen. Die aktive Tagesgestaltung stehe in Diskrepanz zu ihren beschriebenen gesundheitlichen Einschränkungen wie Antriebslosigkeit, Überforderung im Leben und Depressivität. So sei sie in der Lage, den Haushalt selbstständig zu führen, Einkäufe zu erledigen, "gesunde" Mahlzeiten zu kochen und sich um ihre Tochter zu kümmern. Sie gehe mit ihr in die Natur und mache Spaziergänge. Häufig kämen Freundinnen der Tochter und deren Mütter zu ihnen. In den Sommermonaten besuche sie regelmässig einen Flohmarkt, wo sie alte Sachen und selbstgemachte Handarbeiten verkaufe. Da Hinweise auf eine wesentliche depressive Störung fehlten, sei lediglich eine Dysthymie zu diagnostizieren. Dazu komme, dass sie eine ambulante psychiatrische Behandlung erst vor ca. 1 ½ Jahren begonnen habe. Weiter wies Dr. F.____ darauf hin, dass sich das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren lassen würden, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden

müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die psychische Überlagerung sei "auf dem Hintergrund einer psychosozialen Belastung" zu sehen. Denn die Versicherte befinde sich seit Jahren in erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten und habe wiederholt Enttäuschungen in Beziehungen zu ihren Partnern erlebt. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden.

5.1.2 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Versicherten führte Dr. F.____ aus, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Explorandin sei aus fachärztlicher Sicht in jeder beruflichen Tätigkeit voll arbeits- und leistungsfähig. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität liege ebenso wenig vor wie eine schwere chronische körperliche Begleiterkrankung. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Zwar seien alle therapeutischen Bemühungen gescheitert. Dies hänge jedoch im Wesentlichen damit zusammen, dass die Explorandin aufgrund ihrer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen und den Belastungen der Arbeitswelt auszusetzen. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten und ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht könne der Explorandin daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

5.2 Kurz nach der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. F.____ hielt sich die Versicherte vom 18. bis 26. Mai 2015 erstmals stationär in der K.____ auf. Im Austrittsbericht vom 1. Juni 2015 führte die behandelnde Ärzteschaft als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), "psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (ICD-10 F10.1), eine komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.8) und einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auf. Die Versicherte sei in ihrer Aufmerksamkeitsspanne eingeschränkt und im Affekt labil. Sie klage über Stimmungsschwankungen; im Gespräch präsentiere sie sich weinerlich, deprimiert, hoffnungslos, klagsam, kaum schwingungsfähig, antriebsgehemmt und latent suizidal. Aktuell sei sie aber von einer akuten Suizidalität distanziert. Sie berichte, dass sie sehr schreckhaft, wachsam sowie angespannt sei und versuche, alles zu kontrollieren. Extreme depressive Stimmungsschwankungen begleiteten sie schon ihr Leben lang. Zudem leide sie häufig unter Albträumen. Um genug Antrieb für die Erledigung des Haushalts zu erhalten, trinke sie ca. einmal im Monat 1 Liter Wein. Trotz ihrer wiederkehrenden Krisen habe sie bis vor einem Jahr nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Zurzeit sei sie mit einem mittellosen Partner zusammen, der einen 3 ½-jährigen Sohn habe. Es sei beabsichtigt, dass beide in ihre kleine Wohnung einziehen würden. Auslöser für die Hospitalisation sei die Absage für eine neue Wohnung gewesen, weil sie keinen leeren Betriebsregisterauszug habe vorweisen können. Als Sozialhilfebezügerin habe sie stets finanzielle Sorgen. Ihr Hauptproblem seien denn auch ihre Schulden. Beim Austritt habe sich die Versicherte etwas stabiler und weniger depressiv gefühlt. Aufgrund der vorliegenden depressiven Symptomatik, der Intrusionen (= Wiedererinnern und Wiedererleben von psychotraumatischen Ereignissen), des Hyper-arousals (= Übererregung) und des typischen Vermeidungsverhaltens der Versicherten bei Thematisierung von belastenden Lebensereignissen sei eine posttraumatische Belastungsstörung mit komplexer

Traumafolgestörung zu diagnostizieren. Die Versicherte sei sehr bekümmert durch das häufig aufkommende Gefühl, sterben zu müssen. Für die Diagnose einer komplexen Traumafolgestörung seien folgende Kriterien erfüllt: chronische Störungen der Affektregulation (möglicherweise dissoziative Symptome), pathologische Veränderungen der Selbstwahrnehmung, dysfunktionale Beziehungsgestaltung, Somatisierung (chronische Rückenschmerzen) sowie pessimistisch/depressiv gefärbte Lebenseinstellung mit häufigen Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Die Versicherte sei einvernehmlich vorzeitig aus der Klinik getreten, da sie sich um ihre Tochter gesorgt und diese vermisst habe.

5.3 In seinem Ergänzungsgutachten vom 14. Juli 2015 nahm Dr. F.____ Stellung zum Austrittsbericht der K.____ vom 1. Juni 2015. Er könne die Auffassung der behandelnden Ärzte nicht teilen. Eine rezidivierende depressive Störung könne nicht diagnostiziert werden, weil die Explorandin erstmals im Dezember 2013 um psychiatrische Unterstützung ersucht habe. Die Angaben der Versicherten, wonach sie schon immer depressiv gewesen sei, reichten nicht aus, um eine solche Diagnose stellen zu können. Desgleichen sei nicht von einer schweren depressiven Episode auszugehen. Denn gemäss klinischer Erfahrung bilde sich eine solche Episode nicht innert kurzer Zeit zurück. Auch die aktive Teilnahme an Einzel- und Gruppentherapien sei nicht mit einer schweren depressiven Störung vereinbar. In Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fehle es an angstbesetzten Träumen mit Flashbacks. Die Tatsache, dass die Versicherte von ihrem Vater in der Kindheit geschlagen worden sei, genüge nicht für eine solche Diagnose. Ein gelegentlicher Konsum von Alkohol begründe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Schäden, welche auf einen regelmässigen Alkoholkonsum hinweisen würden, lägen nicht vor. Die Diagnose einer komplexen Traumafolgestörung könne längstens während sechs Monaten nach dem auslösenden belastenden Ereignis gestellt werden. Die Explorandin habe aber anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nie von Intrusionen berichtet und nie zum Ausdruck gebracht, dass sie Angst habe zu sterben. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Tötung ihres Ex-Freundes und Vater ihrer ersten Tochter für sie eine schwere Traumatisierung zur Folge gehabt habe, habe sie doch zum Zeitpunkt dessen Todes während Jahren keinen persönlichen Kontakt mehr zu ihm gehabt. Bei der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung handle es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose, weshalb nicht näher darauf einzugehen sei. Die aktuelle psychiatrische Hospitalisation sei infolge einer akuten Belastungssituation notwendig geworden, was aufgrund ihrer Umstände (enge Wohnverhältnisse, Sozialhilfebezügerin, Aussicht, ihren Partner und dessen 3 ½ jähriges Kind unterstützen zu müssen) durchaus nachvollziehbar sei. Damit sei ihr Gesundheitszustand aber nicht wegen psychischer Probleme, sondern wegen finanzieller Schwierigkeiten und der eingeschränkten Wohnverhältnisse im Alltag beeinträchtigt. Er halte deshalb daran fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe.

5.4 Im rheumatologischen (Teil-) Gutachten vom 9. Juli 2015 erhob Dr. G.____ als erste rheumatologische Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) bei/mit (1) leichtgradigen degenerativen Veränderungen der LWS auf der Höhe L4/5 und L5/S1, leichtgradiger foraminaler Einengung L5/S1 rechts (MRT der LWS vom 2009/2014) aktuell ohne klinische Hinweise auf eine residuelle Radikulopathie S1 rechtsseitig, (2) klinischer Druckdolenz der Facettengelenke L4/5 sowie L5/S1

rechtsseitig, Druckdolenz der Paravertebralmuskulatur im thorakolumbalen Bereich rechtsseitig mit memory pain, linksseitig Beschwerdefreiheit, (3) pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein bei myotendinotischen Veränderungen des Musculus tensor fasciae latae rechtsseitig sowie der Glutealmuskulatur rechtsseitig am Beckenkamm und am Trochanter majus rechtsseitig. Als zweite Hauptdiagnose führte er einen Status nach ansatznaher Ruptur des vorderen Kreuzbandes (ICD-10 S83.53) bei/mit möglicher intermittierender Instabilität des rechten Kniegelenkes und aktuell nicht reproduzierbarer Instabilität auf. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die myotendinotischen Veränderungen der Paravertebralmuskulatur im zervikothorakalen Bereich rechtsseitig (ICD-10 M77.9). Bei der klinischen Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine muskuläre Dysbalance mit funktioneller Fehlhaltung gezeigt. Bei der LWS beständen myotendinotische Verspannungen der Paravertebralmuskulatur rechtsbetont, die pseudoradikuläre Schmerzausstrahlungen ins rechte Bein auslösen könnten. Zudem liege eine Irritation der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 rechtsseitig vor. Die Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) zeige keine segmentale Dysfunktion. Es imponierten wie bei der LWS rechtsseitige myotendinotische Verspannungen der Paravertebralmuskulatur, welche sich von der interscapulären Region bis zu den Musculi trapezii ausbreiteten. Die HWS weise keine zervikale Radikulopathie auf. Bei den Hüften entstehe bei der Innenrotation der rechten Hüfte eine Schmerzhaftigkeit im Bereich des Beckens rechts, was auf die Verspannungen der Glutealmuskulatur am Trochanter majus zurückzuführen sei. Bei der Untersuchung der Kniegelenke im Liegen finde sich eine symmetrische Beweglichkeit in Flexion und Extension. Es gebe keine Hinweise auf aktivierte degenerative oder meniskale Läsionen. Aufgrund des MRT-Befundes vom 20. Januar 2014, welcher eine alte Ruptur im vorderen Kreuzband zeige, sei es denkbar, dass eine intermittierende Instabilität des rechten Kniegelenkes aufgrund der alten Ruptur des vorderen Kreuzbandes bei Belastung (z.B. beim Treppengehen) bestehe. Das Ausmass dieser Instabilität sei mangels klinischer Reproduzierbarkeit jedoch als gering einzustufen. Die myotendinotischen Verspannungen der Muskulatur könnten eine gewisse Schmerzhaftigkeit verursachen, aber nicht das Ausmass der geklagten Beschwerden erklären. In seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelangte Dr. G._____ zum Ergebnis, dass sich aufgrund der degenerativen Veränderungen der LWS und der diffusen myotendinotischen Verspannungen der Paravertebralmuskulatur eine Arbeitsunfähigkeit nur für körperlich schwere Tätigkeiten begründen lasse. Dazu bestehe aufgrund der alten Ruptur des vorderen Kreuzbandes eine Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes, welche sich vor allem auf Treppen und unebenem Boden auswirke. In einer rücken- und knieadaptierten leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern keine Lasten über 10 kg repetitiv gehoben, getragen, gestossen, keine wiederholt nach vorne gebückte und monotone Körperhaltungen eingenommen werden müssten und die Arbeiten kein Gehen auf unebenem Boden oder Treppensteigen erforderten.

5.5 In ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Dres. G._____ und F._____ fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Da die Versicherte in psychiatrischer Hinsicht zu 100 % arbeits- und erwerbsfähig sei, gelte die rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung der Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie.

5.6 Am 18. März 2017 erstattete der behandelnde Psychiater, Dr. med. C.____, bei dem sich die Versicherte seit dem 14. November 2016 in Behandlung befindet, Bericht über den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten. Als Diagnosen hielt er eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), ein ADHS (= Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung; ICD-10 F90), eine Schmerzproblematik sowie einen Verdacht auf eine ängstliche (vermeiden- de) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) fest. Aufgrund ihrer Schmerzen, ihrer Verunsiche- rung und Unselbstständigkeit sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig.

5.7 Die MRT-Untersuchung in der E.____ vom 11. April 2017 ergab eine Diskushernie L5/S1 mit möglicher Nervenwurzelirritation S1 rechts im Abgangsbereich und ein ausgedehntes Knochenmarksödem im Os sacrum beidseits und angrenzenden Os ilium. Differentialdiagnos- tisch könne es sich auch um eine Sakrumfraktur handeln.

5.8 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess die Versicherte durch ihre Rechtsvertrete- rin die Berichte von Dr. D.____ vom 28. August 2017 und der J.____ vom 12. Juli 2017 einrei- chen. Dr. D.____ führte als Diagnosen eine Sakrumfraktur nach mehrfachen Stürzen auf das Becken bei ausgedehntem Knochenmarködem im Os sacrum beidseits und angrenzendem Os ilium, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Diskushernie L5/S1 und mögli- cher Nervenwurzelirritation S1, eine Osteitis condensans ilii, einen Verdacht auf ein Hypermo- bilitätssyndrom, eine psychische Störung sowie eine chronische Einnahme von Codicontin auf. Die Versicherte klagte über Schmerzen, vor allem im linken Beckenbereich. In der Beurteilung stellte er fest, dass aufgrund eines Verdachts auf eine systemisch-entzündliche Rheumaerkrank- ung eine ausführliche laborchemische Abklärung durchgeführt worden sei. Sämtliche Labor- werte seien im normalen Bereich gewesen. Gleichzeitig seien aufgrund des Verdachts einer Fraktur des Sakrums Knochenstoffwechselfmessungen durchzuführen. Beim in der MRT vom 11. April 2017 abgebildeten Ödem im Os ilium handle es sich nicht um eine Sakroiliitis, sondern um eine Osteitis condensans ilii, die oft bei Müttern mit mehr als drei Kindern gesehen werde. Eine Infiltration mit Lokalanästhetikum im Bereich des linken Iliosakralgelenks (ISG) sei erfolg- los gewesen. Erst die Verabreichung von Analgetika habe zu einer Besserung der Beschwer- desymptomatik geführt. Die auf Empfehlung von Dr. D.____ im Hinblick auf eine mögliche Frak- tur des Sakrums durchgeführte Knochendichtemessung ergab keine auffälligen Werte (vgl. Be- richt der J.____ vom 29. August 2017).

5.9.1 Zu den nach Verfügungserlass erstellten ärztlichen Berichten nahmen die beiden RAD- Ärzte Dr. H.____ und Dr. I.____ am 28. September 2017 Stellung. Dr. H.____ stellte sich auf den Standpunkt, dass sich die somatischen Beschwerden trotz komplexer medizinisch- interdisziplinärer Abklärungen nicht mit konkreten Strukturpathologien objektivieren liessen. Eine strukturelle oder funktionelle Pathologie, die - abweichend von der Beurteilung von Dr. G.____ - eine massgebliche und dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit nahelege, sei auch mit Bericht von Dr. D.____ nicht ausgewiesen. So habe dieser schmerzfreie, gut bewegli- che Gelenke und Wirbelsäulenabschnitte feststellen können. Es habe zwar eine Druckdolenz über dem ISG vorgelegen. Diese habe jedoch beidseitig bestanden, weshalb dieser Befund nicht mit der gegenüber Dr. D.____ geklagten Schmerzsymptomatik im linken Bereich korrelier- e. Die an der LWS festgehaltene paravertebrale Empfindlichkeit stelle einen eher unspezifi-

schen Befund dar und sei auf die ebenfalls unspezifischen degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Eine rheumatologisch-entzündliche Erkrankung sei aufgrund der ausführlichen Abklärungen auszuschliessen. Die Osteitis condensans könne die anhaltenden lumbalen Schmerzen nicht hinlänglich erklären. Die Diagnose einer Sakrumfraktur sei nicht bestätigt worden. Zudem sei bei einer allfälligen Affektion des Sakrums ohne offensichtliche Fehlstellung davon auszugehen, dass diese nach 3 Monaten knöchern konsolidiert sei. Zwar könne ein Knochenödem für gewisse Restbeschwerden verantwortlich sein. Die Beschwerden würden jedoch höchstens bis zu einem Jahr nach dem Sturzereignis anhalten. Dr. H.____ kam deshalb zum Schluss, dass die nach der Begutachtung durch Dr. G.____ verfassten medizinischen Berichte nichts an der Beweiskraft des Gutachtens vom 9. Juli 2015 änderten.

5.9.2 Dr. I.____ führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Versicherte die Diagnose "histrionische Persönlichkeitszüge" gemäss ICD-10, welche sie mit einem Hang zum Übertreiben definiere, falsch verstanden habe. Für den Hang zum Übertreiben werde aus medizinischer Sicht der Begriff der Aggravation, d.h. einer tendenziell bewusstseinsfernen Form der akzentuierten Darstellung verwendet. "Histrionisch" zeichne sich dagegen durch eine überzeichnete Selbstdarstellung, ein aufmerksamkeitssteigerndes Auftreten, labile Affekte und eine erhöhte Suggestibilität aus. Dr. F.____ habe die Verhaltenszüge der Versicherten beschrieben und sei folgerichtig zum Schluss gekommen, dass die Kriterien für die Diagnose von histrionischen Persönlichkeitszügen zuträfen. Entgegen der Ansicht der Versicherten hätten sich sowohl Dr. F.____ als auch Dr. G.____ mit der seit Jahren bestehenden Schmerzproblematik auseinandergesetzt. Dr. F.____ habe sodann die Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeits- und Alltagsfunktionen geprüft und sei nach eingehender Konsistenzprüfung zum Schluss gelangt, dass die Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits- und erwerbsfähig sei. Diese Beurteilung sei überzeugend, sei die Versicherte doch in der Lage, unter anderem Waldspaziergänge zu machen, einen sehr grossen Teil der Haushaltsarbeiten und Einkäufe zu erledigen, sich um die daheim lebende Tochter zu kümmern, ihre Hobbies zu pflegen und mit Kindern und Freunden etwas zu unternehmen. Aufgrund dieser Aktivitäten sei es nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte auch für "schonendste" Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sein soll.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2017 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die Dres. G.____ und F.____ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 5. Mai 2015/9. Juli 2015 und der ergänzenden Stellungnahme von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015 gelangten. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Versicherte in einer leidensadaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Beweismwürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. G.____ und F.____ vom 5. Mai 2015/9. Juli 2015 samt

ergänzender Stellungnahme von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilungen wird zudem mit den ausführlichen und überzeugenden Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. H.____ und Dr. I.____ vom 28. September 2017 bestätigt.

6.2 Was die Versicherte vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Dres. G.____ und F.____ vom 5. Mai 2015/9. Juli 2015 (samt ergänzender Stellungnahme von Dr. F.____ vom 14. Juli 2015) in Frage zu stellen. Die Versicherte beanstandet, dass die Beurteilung von Dr. G.____ nicht verwertbar sei, weil er den Bereich des Sakrums nicht untersucht habe. Mit Blick auf die im Sommer 2017 festgestellte Sakrumfraktur sei es möglich, dass diese bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. G.____ vorhanden gewesen sei. Dieser Befund stehe im Zusammenhang mit dem bildgebend nachgewiesenen Knochenmarksödem. Damit liege ein weiterer Faktor vor, welcher die geltend gemachten Schmerzen objektivieren könne. Zu diesem Einwand wies Dr. H.____ zu Recht darauf hin, dass es sich bei der Sakrumfraktur lediglich um eine Verdachtsdiagnose gehandelt habe. Die blanden Ergebnisse der zwischenzeitlich durchgeführten Knochenstoffwechsellmessung vom 29. August 2017 zeigen nun, dass dieser Verdacht nicht bestätigt werden kann. Was das Ödem im Os ilium beidseits anbelangt, so ist aufgrund der Abklärungen in der E.____ eine Erkrankung des rheumatischen Formenkreises auszuschliessen. Dr. D.____ interpretierte deshalb das bildgebend objektivierbare Knochenödem lediglich als eine Osteitis condensans ilii. Da diese Pathologie nicht auf eine entzündliche Ursache zurückzuführen ist, ist die Schlussfolgerung von Dr. H.____ nachvollziehbar, wonach die Osteitis condensans ilii lediglich eine alte knöcherne Begleitreaktion darstelle, welche die geklagten lumbalen Schmerzen nicht hinreichend erklären könne. Schliesslich weisen die in der E.____ erfolgten Schmerzbehandlungen (erfolglose Infiltration mit einem Lokalanästhetikum im ISG-Bereich, Besserung der Schmerzsymptomatik nach Einnahme von Analgetika) darauf hin, dass die konkrete Ursache der Beschwerden nach wie vor unklar bleibt. Demzufolge ergeben sich aus den Berichten der E.____ vom 11. April 2017 und 28. August 2017 keine Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch Dr. G.____.

6.3 Auch die gegen die Beurteilung von Dr. F.____ gerichteten Einwände der Versicherten lassen keine Zweifel an der Beweistauglichkeit des Gutachtens aufkommen. Mit dem Vorbringen, Dr. F.____ habe sie bei der Untersuchung arrogant und frech behandelt, keine Empathie gezeigt und sie nicht ausreden lassen, weshalb er keine objektive Befundaufnahme habe vornehmen können, macht sie eine Befangenheit des Gutachters geltend. In der Tat können gewisse Äusserungen und das Verhalten von Experten während der Exploration objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Anmerkungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen. Eine Befangenheit kann

auch bei abschätzigen und beleidigenden Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen in der Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird, vorliegen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Bundesgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 26. November 2004, U44/04, E. 4.2). Das Gutachten von Dr. F.____ vom 5. Mai 2015 sowie die ergänzende Stellungnahme vom 14. Juli 2015 sind objektiv und sachlich gehalten. Dr. F.____ hat weder Äusserungen zur Glaubhaftigkeit der Versicherten noch abschätzige oder beleidigende Bemerkungen gemacht. Es gibt auch keine Hinweise auf Kommentare unsachlicher Art, die objektiv Zweifel an seiner Unvoreingenommenheit wecken. Fehlende Empathie allein lässt keine Rückschlüsse auf eine Voreingenommenheit zu.

6.4 Der Umstand, dass sich Dr. F.____ den Auffassungen des behandelnden Psychiaters, Dr. med. L.____, und der Ärzteschaft der K.____ nicht anschliesst (vgl. Berichte von Dr. L.____ vom 10. Juni 2014 und 8. Dezember 2014 sowie der K.____ vom 1. Juni 2015), vermögen die Objektivität von Dr. F.____ nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten des medizinischen Sachverständigen, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Entgegen der Ansicht der Versicherten befasste sich Dr. F.____ mit den Beurteilungen von Dr. L.____ vom 9. Juni 2014 und 8. Dezember 2014. Auf Seite 14 f. seines Gutachtes setzte er sich mit den wesentlichen Diagnosen und Feststellungen des behandelnden Psychiaters auseinander und zeigte nachvollziehbar auf, weshalb weder eine rezidivierende depressive Störung noch eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom vorliegt. Dazu kommt, dass die Diagnosen von Dr. L.____ in Anbetracht der nicht sehr ausgeprägten objektiven Befunde nicht genügend begründet sind. Aufgrund der Ausführungen von Dr. L.____ entsteht zudem der Eindruck, dass sich dieser bei seiner Beurteilung von den subjektiven Angaben der Versicherten leiten liess. In diesem Zusammenhang ist denn auch zu berücksichtigen, dass Dr. F.____ von der Tendenz berichtete, wonach die Versicherte ihre Beschwerden dramatisch darlege. Dies zeigt sich denn auch darin, dass die aktive Tagesgestaltung der Versicherten mit der geschilderten Depressivität, Antriebslosigkeit und Überforderung im Leben nicht im Einklang steht. So gelingt es der Versicherten – wenn auch mit einer gewissen Anstrengung - trotz ihrer geklagten Schmerzen Spaziergänge zu unternehmen, den Haushalt mehr oder weniger selbstständig zu führen, sich um ihre noch daheim lebende Tochter zu kümmern, Kinderbesuche zu empfangen und mit ihnen zu basteln sowie im Sommer einen Stand auf dem Flohmarkt zu betreiben. Die gutachterliche Auffassung, es sei der Versicherten mit ihren psychischen Beeinträchtigungen objektiv möglich, sich in den Arbeitsprozess einzuordnen, ist deshalb vor diesem Hintergrund überzeugend. Im Übrigen ergibt sich auch aus dem Bericht der M.____ vom 18. Juli 2014, der im Zusammenhang mit der ADHS-Abklärung erstellt wurde, dass die Versicherte eine Tendenz zur übertriebenen Darstellung ihrer Beeinträchtigungen hat. Es sei eine Tendenz zu erkennen, dass die Versicherte stärkere Symptome beschreibe als ihr Partner und die untersuchende Ärzteschaft (vgl. Seite 7). Aufgrund der inkonsistenten Ergebnisse der Testverfahren konnte schliesslich nicht zuverlässig beurteilt werden, ob die Versicherte an einem ADHS leidet.

6.5 Zu keiner anderen Beurteilung der vorinstanzlichen Würdigung des medizinischen Sachverhalts führt der Bericht von Dr. C.____ vom 18. März 2017. Seine psychiatrischen

Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, ADHS, ängstliche (vermeidende) Persönlichkeit und Schmerzproblematik) begründet er mit dem weinerlichen, hilflosen, verunsicherten und unselbstständigen Verhalten der Versicherten, welche über kein Selbstwertgefühl verfüge. Mit diesem Befund ist jedoch die von ihm attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht genügend begründet, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

6.6 Entgegen der Ansicht der Versicherten ging Dr. F.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Juli 2015 auch auf die im Bericht der K.____ vom 1. Juni 2016 aufgeführte mögliche Suchtproblematik ein. Mit Dr. F.____ ist einig zu gehen, dass sich aus den medizinischen Akten keine Hinweise auf bedeutende geistige oder psychische Schäden ergeben, welche auf einen regelmässigen Alkoholkonsum schliessen. Dass ein gelegentlicher Alkoholkonsum nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, ist einleuchtend. Ausserdem geht aus dem Bericht der K.____ nicht hervor, inwiefern der von der Versicherten angegebene Alkoholkonsum von 1 Liter pro Monat ihre Gesundheit in invalidisierendem Ausmass einschränken würde. Im Weiteren setzte sich Dr. F.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 1. Juni 2015 mit den weiteren Diagnosen der behandelnden Ärzte der K.____ auseinander. Die Hospitalisation führte Dr. F.____ in nachvollziehbarer Weise auf die stets angespannte finanzielle Situation der Versicherten und die Aussicht auf den Einzug ihres mittelosen Partners und dessen Kleinkind in ihre Wohnung zurück. In der Gesamtschau fällt auf, dass die knappen finanziellen Mittel als starker Belastungsfaktor immer wieder in den Berichten der behandelnden Ärzte erwähnt werden (Berichte von Dr. L.____ vom 9. Juni 2014 und 8. Dezember 2014, der M.____ vom 18. Juli 2014 und der K.____ vom 1. Juni 2015).

6.7.1 Schliesslich befasste sich Dr. F.____ – entgegen der Auffassung der Versicherten – auch mit ihrer Schmerzproblematik. Nach einer Konsistenzprüfung kam er zum Schluss, dass der Versicherten trotz der geklagten Schmerzen zugemutet werden könne, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, einer beruflichen Tätigkeit ganztags nachzugehen. Diese Prüfung nahm er allerdings noch vor Publikation des Entscheids des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) vor. In diesem Leiturteil legte das Bundesgericht in teilweiser Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung die Voraussetzungen dar, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen. Danach ist in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Personen zu ermitteln. Mit den beiden Urteilen BGE 143 V 418 und 143 V 409 weitete das Bundesgericht die Anwendung dieses für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Beweisverfahren auf sämtliche psychischen Erkrankungen aus. Die neue Praxis findet auf alle laufenden Verfahren Anwendung (vgl. BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281 E. 8 und 137 V 210 E. 6).

6.7.2 Geht es darum, den medizinischen Sachverhalt im Lichte der neuen höchstrichterlichen Rechtsprechung zu würdigen, so ist auf Folgendes hinzuweisen: Laut Bundesgericht verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung

auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis).

6.7.3 Vorliegend attestierten die Gutachter Dr. F.____ und Dr. G.____ der Versicherten hinsichtlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine (andauernde) Arbeitsunfähigkeit. Aus den beiden Gutachten ist denn auch zu schliessen, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde gering ist. Auffallend ist hingegen, dass beide Fachärzte eine grosse Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden beschreiben (vgl. Gutachten von Dr. G.____, S. 22 und Gutachten von Dr. F.____, S. 13). Diese Beschreibung deckt sich mit der Feststellung von Dr. F.____ und der M.____, wonach die Versicherte dazu neige, ihre Schmerzen dramatisch zu schildern. Im Weiteren geht aus den gutachterlichen Beurteilungen hervor, dass die Versicherte in ihrer Tagesgestaltung trotz der geklagten Beschwerden aktiv und sozial integriert ist. Bei dieser Sachlage ergeben sich aber auch in Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Praxis zu den psychischen Erkrankungen keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychiatrischen Diagnosen, weshalb Dr. F.____ zu Recht sämtliche Diagnosen als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte.

6.8 Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass die Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht geeignet sind, die ausschlaggebende Beweiskraft der Gutachten von Dr. G.____ und Dr. F.____ in Frage zu stellen. Dies gilt umso mehr, als solche Berichte nach der Rechtsprechung aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu den Patientinnen und Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

6.9 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Versicherten zu, so kann auf die von ihr eventualiter beantragte Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen bei Dr. B.____, Dr. C.____ und Dr. D.____ verzichtet werden. Desgleichen besteht kein Anlass, aufgrund der Aktenlage ein psychiatrisches und/oder rheumatologisches Obergutachten in Auftrag zu geben, lassen sich hiervon doch keine entscheiderelevanten Aufschlüsse erwarten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 141 I 64 E. 3.3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die IV-Stelle berechnete den Invaliditätsgrad nach der gemischten Methode (vgl. E. 3.3). Dabei nahm sie in ihrer Verfügung vom 28. Juni 2017 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 25,58 %. Die konkrete

Berechnung, welche die Versicherte nicht beanstandete, erweist sich auch nach einer gerichtlichen Überprüfung als rechters, weshalb diesbezüglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 26. Juni 2017 verwiesen werden kann.

7.2 Weiter ist zu untersuchen, in welchem Masse die Versicherte zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden im Haushalt eingeschränkt ist. Hierzu bedarf es im Regelfall einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961, welche die IV-Stelle vorliegend in Auftrag gab. Im Abklärungsbericht vom 8. November 2016 kam die Abklärungsperson zum Schluss, dass die Versicherte in der Betätigung im Haushaltbereich zu 8,85 % beeinträchtigt sei. Dieses Ergebnis der Haushaltabklärung stellte die Versicherten in ihrer Beschwerde nicht substantiiert in Frage. Aus den Akten ergeben sich ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine Unrichtigkeit der durch den Abklärungsdienst ermittelten Einschränkung im Haushaltbereich. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass die Versicherte im Haushalt zu 8,85 % eingeschränkt ist.

7.3 In Anwendung der bis 31. Dezember 2017 gültig gewesenen gemischten Methode der Invaliditätsbemessung ergibt sich somit gewichtet nach der zeitlichen Beanspruchung in den jeweiligen Bereichen (Erwerb 80 %, Haushalt 20 %) eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 20,46 % ($25,58 \% \times 0,8$) und eine solche im Haushaltsbereich von 1,77 % ($8,85 \% \times 0,2$). Gesamthaft resultiert daraus ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 22 %.

7.4.1 Obwohl die Versicherte die Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung nicht rügte, ist der Vollständigkeit halber kurz auf die diesbezügliche Problematik hinzuweisen. Im Fall "di Trizio" gegen die Schweiz verurteilte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) die Schweiz am 2. Februar 2016 wegen Verletzung von Art. 14 in Verbindung mit Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950, da sich die aktuelle Praxis zur gemischten Methode diskriminierend gegenüber Frauen auswirke. Der Bundesrat beschloss in der Folge per 1. Januar 2018 eine Änderung der IVV betreffend die Invaliditätsbemessung für teilerwerbstätige Versicherte (gemischte Methode). Die Änderung der IVV sieht bei der gemischten Methode ein neues Berechnungsmodell vor (vgl. Medienmitteilung und erläuternder Bericht, [online] www.bsv.admin.ch/bsv/de/-home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeige-seite.msg-id-69037.html). Verfahrensmässig bildet die Änderung der IVV einen Revisionsgrund, welcher nach Absatz 1 der Übergangsbestimmung zur Verordnungsänderung vom 1. Dezember 2017 sofort per 1. Januar 2018 zu berücksichtigen ist. Für die Zeit bis zum 31. Dezember 2017 gilt die altrechtliche Regelung (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 355 und Nr. 372). Vorliegend wirkt sich diese Gesetzesänderung jedoch nicht in anspruchserheblicher Weise aus. Denn die Versicherte erreicht auch mit der neuen Bemessungsmethode keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad, weshalb auf weitere Ausführungen dazu verzichtet werden kann.

7.5 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2017 einen Rentenanspruch der Versicherten zu Recht ablehnte. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Sollte sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit Erlass der angefochtenen Ver-

fügung vom 28. Juni 2017 wesentlich verschlechtert haben, steht es ihr selbstverständlich frei, mit einer Neuanschuldung an die IV-Stelle zu gelangen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Die Versicherte ist nun allerdings mit Verfügung vom 9. Oktober 2017 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Versicherten in der Verfügung vom 9. Oktober 2017 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin der Versicherten machte in ihrer Honorarnote vom 13. November 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15,81 Stunden geltend. Der eingereichten Deservitenkarte ist zu entnehmen, dass sie am 30. August 2017, 1. und 4. September 2017 für die Ausarbeitung der Beschwerde insgesamt 11,25 Stunden benötigte. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht dessen, dass die Rechtsvertreterin in ihrer Beschwerde die im Einwandverfahren in ihrer Eingabe vom 10. März 2017 gemachten Beanstandungen zum Teil unverändert wiederholte, als zu hoch. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sie für ihre Bemühungen bereits im Einwandverfahren vergütet wurde. Der im vorliegenden Verfahren ausgewiesene anwaltliche Aufwand für die Ausarbeitung der Beschwerde ist deshalb um 3 Stunden auf angemessene 8,25 Stunden zu kürzen. Somit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von insgesamt 12,81 Stunden. Nicht zu beanstanden sind dagegen die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 30.15. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'799.50 (12,81 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 30.15 + 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'015.50 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.