

SO_GERICHTE VSBES.2022.104 vom 3. Mai 2022

SO Obergericht, 2022-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.104

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.104 du 3 mai 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.104 del 3 maggio 2022

Erwägungen

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVGFolge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die 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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3.2 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 Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG [Fassung bis 31. Dezember 2021]).

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 Art. 28a Abs. 2 IVG 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 [Fassung bis 31. Dezember 2021]). Dieses Vorgehen wird als die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts 8C_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 6.1 mit Hinweis).

2.3.4 Gemäss Art. 27bis Abs. 2 IVV (Fassung bis 31. Dezember 2021) werden bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) summiert. Laut Art. 27bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (lit. a) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die

Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (lit. b). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27bis Abs. 4 IVV).

2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts:

3.1 Aus dem Bericht des C.____, [...] (; Dr. med. D.____, Oberarzt Viszeralchirurgie), [...], vom 6. Juni 2019 gehen die Hauptdiagnose «1. Chronische Unterbauchschmerzen bei St.n. Exzision eines Endometrioseherdes im M. rectus abdominis links und Faszienresektion sowie Bauchwandrekonstruktion mit Sublay Netz am 1.10.2013, St.n. Sectio 12/99, St.n. dreimaliger Unterbauchlaparoskopie/-tomie» und die Nebendiagnose «2. V.a. Schmerzmittelabusus DD bi Dgn 1» hervor. Im Weiteren wurde ausgeführt, die Patientin habe in der viszeralchirurgischen Sprechstunde berichtet, dass sie ca. 1 bis 2 Monate nach der Operation praktisch beschwerde- und schmerzfrei gewesen sei. Nachdem sie die Arbeit wieder aufgenommen habe, seien die Schmerzen ■ ähnlich wie vor der Operation ■ erneut aufgetreten. Etwas weniger ausgeprägt sei die Korrelation zwischen Schmerzen und Menstruation gewesen. Im Verlauf der Jahre habe die Patientin verschiedene Schmerzmittel in zunehmender Dosierung zu sich genommen (NSAR, Tramal, Morphin). Diese Schmerzmittel habe sie teilweise auch schon vor der Operation zu sich genommen. Eine gewisse Abhängigkeit sei auch gemäss den Angaben der Patientin sicher vorhanden. Sie habe bereits viermal selbst einen Entzug durchgemacht. In der klinischen Untersuchung zeigten sich Schmerzen bereits bei Palpation der Haut im linken Unterbauch. Klinisch zeige sich kein Hinweis für eine Hernie, könne aber aufgrund der Schmerzen nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Narbe selbst sei sonst reizlos. Gemäss den Angaben der Patientin sei auch bereits eine Infiltration durchgeführt worden, was zu keiner Besserung geführt habe. Die Situation sei ausführlich mit der Patientin besprochen worden. Mit einer chirurgischen Revision sei äusserste Zurückhaltung geboten (IV-Nr. 17 S. 7 f.).

3.2 Der die Beschwerdeführerin behandelnde Arzt, Dr. med. E.____, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, bestätigte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2019, dass die Patientin im Jahr 1999 einen Notfallkaiserschnitt und eine Frühgeburt gehabt habe. Wegen chronischer Schmerzen seien vier Unterbauchoperationen durchgeführt worden. Am

1. Oktober 2013 sei dann im C.____ wegen ausgeprägter Unterbauchschmerzen und einem sogenannten Endometrioseherd in der Bauchwand eine Muskelresektion durchgeführt und ein Netz eingelegt worden. Seither könne die Patientin nicht mehr als 6 Stunden pro Woche arbeiten. Sie benötige auch regelmässig Schmerzmittel, welche sie ermüdeten (IV-Nr. 6 S. 1).

3.3 In seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2020 hielt Dr. med. E.____ fest, die ambulante Behandlung durch ihn erfolge seit dem Jahr 1999. Die Patientin sei bei ihm alle drei Monate oder öfters nach Bedarf in Behandlung. Eine Arbeitsfähigkeit sei maximal für sechs Stunden pro Woche möglich. Die Patientin könne nicht länger als eine Stunde am Stück arbeiten. Seit dem 1. Oktober 2013 werde sie im C.____ behandelt. Seit dem Notfallkaiserschnitt im Spital F.____ vom 13. Dezember 1999 habe sie starke Abdominalwandschmerzen ventral. Es sei dann im C.____ eine Endometrioseresektion aus dem Muskulus rectus abdominalis (4,5 cm x 5 cm) erfolgt. Vor der Muskeloperation sei die Patientin dreimal wegen einer Endometriose operiert worden. Als Prognose wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben. Der Behandlungsplan sehe eine Schmerztherapie vor; die Chirurgen wollten keine weiteren Operationen durchführen. Zur beruflichen Situation wurde dargelegt, die Patientin könne die alltäglichen Verrichtungen ausführen, eine Tätigkeit im angestammten Beruf (Apothekenhelferin, SRK-Pflege) sei nicht mehr möglich. Nach einer Stunde Arbeit in der bisherigen Tätigkeit habe sie starke Schmerzen. Sowohl die bisherige als auch eine leidensangepasste Tätigkeit seien nicht zuzumuten. Die Prognose für die Eingliederung sei schlecht. Die Schmerzempfindung und -therapie stünden einer Eingliederung im Weg. Im Haushalt könne sie knapp die täglichen Verrichtungen machen (IV-Nr. 17 S. 1 ff.).

3.4 RAD-Arzt Dr. med. G.____, Praktischer Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. August 2020 im Wesentlichen fest, die 50-jährige gelernte Pharma-Assistentin und SRK-Pflegerin habe zwei 1999 und 2006 geborene Kinder, wobei das erste dieser beiden als Frühgeburt per Not-Kaiserschnitt zur Welt gekommen sei. Vom 13. Dezember 1999 bis 31. August 2011 habe sie nicht gearbeitet. Nach der Scheidung von ihrem zweiten Ehemann (Oktober 2010) habe die Versicherte dann ab 1. September 2011 arbeiten müssen (Haushalthilfe/Raumpflegerin), was ihr aber aus gesundheitlichen Gründen nur maximal 6 Stunden pro Woche möglich sei. Finanziell werde sie von den Sozialen Diensten unterstützt. Nach Einsicht in die vorhandenen medizinischen Unterlagen sei die medizinische Situation unklar. Es erscheine als sehr wahrscheinlich, dass am Schmerzempfinden der Versicherten eine psychische Erkrankung mitbeteiligt sein könnte, durch deren Behandlung gegebenenfalls sowohl die Lebensqualität als auch die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könnten. Auch psychosoziale Faktoren könnten hier eine Rolle spielen. Zur objektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung erforderlich (IV-Nr. 19 S. 2 ff.).

3.5 Aus dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, allgemein- bzw. Abdominal-chirurgischen, rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 9. Mai 2021 gehen im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Chronische Unterbauchschmerzen (ICD-10: R10.3) mit/bei St.n. Not-Sectio 13.12.1999, St.n. Laparotomien zur Entfernung von Endometrioseherden (2) am 01.02.2003, St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden am 07.10.2003, St.n. Sectio

am 22.12.2003 (recte: 2006), St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden 08.02.2013, St.n. Exzision Endometrium mit Faszienresektion, Bauchwandrekonstruktion mit Sublaynetz am 01.10.2013; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)». Die weiteren gestellten Diagnosen (Laktoseintoleranz [ICD-10: E73.9]; Nikotinkonsum [ICD-10: Z72.0]; V.a. Agoraphobie mit Angaben einer Panikstörung [ICD-10: F40.01]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F11.24]; Psyche- und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F13.24]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, Substanzgebrauch [ICD-10: F12.14]; Migraine sans migraine [ICD-10: G43.0]; episodisches Lumbovertebralsyndrom [ICD-10: M54.06]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Neben den in die obgenannten Diagnosen einflussenden Faktoren seien keine weiteren offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren ersichtlich. Ressourcen seien vorhanden. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine namhaften Inkonsistenzen. Auch im intergutachterlichen Vergleich finde man keine wesentlichen Diskrepanzen. Es zeigten sich keine offensichtlichen Hinweise für eine Aggravation oder Simulation.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, in der bisherigen Tätigkeit (Haushaltshilfe bzw. Raumpflegerin in Teilzeit) bestehe aus chirurgischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und aus psychiatrischer Sicht eine solche von 20 %. In einer Verweistätigkeit bestehe ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. In sämtlichen anderen Disziplinen wurden sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch einer Verweistätigkeit keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Aus interdisziplinärer Sicht ergab sich damit eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 % und in einer Verweistätigkeit eine solche von 20 %. Dabei gelte das seitens des psychiatrischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Zum Verlauf wurde dargelegt, retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus aktueller Sicht. Auf der Grundlage der im aktuellen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen nicht nachvollziehbar, da keine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Soweit der doch als lang zu bezeichnende Verlauf retrospektiv beurteilbar sei, dürfte tatsächlich im Jahr 1999 der Ursprung der aktuell bestehenden Umstände zu finden sein, wobei ■ vor dem Hintergrund der biographischen Gegebenheiten und der Lebensumstände der Explorandin ■ davon ausgegangen werden müsse, dass eine Fluktuation und wohl auch Zeiten der Stabilität bestanden haben dürften. Im Jahr 2013 könnte nochmals eine gewisse Belastung, bedingt durch die Operation, bestanden haben. Die aktuellen Gegebenheiten hätten sich dann sukzessive über die Jahre hinweg ausgebildet. Genauer lasse sich dies retrospektiv nicht fassen. Es sei keine Therapie mit namhafter Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszumachen. Die Explorandin sei im Haushalt nicht eingeschränkt (IV-Nr. 32.1 S. 11 ff.).

3.5.1 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten vom 9. November 2020 (Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH; Untersuchung vom 9. November 2020) können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Nach den Angaben des Experten haben die Laktoseintoleranz (ICD-10: E73.9) und

der Nikotinkonsum (ICD-10: Z72.0) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde ausgeführt, auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien derzeit keine IV-relevanten therapeutischen Massnahmen eingeleitet worden; solche seien auch nicht notwendig. Es bestünden keine konkreten Inkonsistenzen und es ergebe sich kein konkreter Anhalt für Aggravation oder Simulation. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten oder in einer etwaigen Verweistätigkeit seien aus rein allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 32.4 S. 14 ff.).

3.5.2 Aus dem neurologischen Teilgutachten vom 26. November 2020 (Prof. Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Neurologie, Hauptgutachter; Untersuchung vom 26. November 2020) gehen ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «Migraine sans migraine (ICD-10: G43.0)» sowie ein «episodisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.06)» angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, bei den geschilderten Sehstörungen sei differentialdiagnostisch am ehesten von einer migraine sans migraine auszugehen. Für differentialdiagnostisch zu berücksichtigende epileptische oder cerebrovaskuläre Ursachen finde man weder in der klinischen noch in der sonographischen Untersuchung Hinweise. Bei den beklagten Kreuzschmerzen liessen sich in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde erheben. Diese Schmerzen seien deshalb diagnostisch als ein episodisches Lumbovertebralsyndrom beschrieben worden. Hinweise für lumboradikuläre Ausfälle zeigten sich nicht. Die bisherige Therapie (Morphium, Tramal, Dafalgan, Lexotanil) sei aus somatisch-neurologischer Sicht als *lege artis* anzusehen. Die Prognose hinsichtlich der Heilungschancen sei aus neurologischer Sicht positiv. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine Inkonsistenzen. Offensichtliche Hinweise für eine Aggravation oder Simulation seien nicht vorhanden. Die Explorandin sei aus somatisch-neurologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit voll arbeitsfähig. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (IV-Nr. 32.3 S. 11 ff.).

3.5.3 Im (allgemein-/Abdominal-)chirurgischen Teilgutachten vom 22. März 2021 (Dr. med. J. ____, Facharzt für Unfallchirurgie; Untersuchung vom 19. März 2021) wurde zu den aktuellen Beschwerden der Explorandin angegeben, diese erkläre, dass sie unter einem permanenten, linksseitigen Bauchschmerz leide. Dieser Schmerz strahle inzwischen über die Beckenregion in das linke Bein aus und komme aus der Tiefe. Die Schmerzen seien permanent vorhanden. Sie nehme wegen der Schmerzen Morphium ein. Bei einer Schmerzattacke müsse sie sich hinlegen und dann Wärme applizieren. Auf der visuellen analogen Schmerzskala ordne die Explorandin die Schmerzen zwischen 6 und 8 ein; ohne Medikamente bis 10. Auch die Nachtruhe sei durch die Schmerzen gestört. Die Explorandin gebe an, der Schmerz sei schneidend, reissend und aggressiv. Die Schmerzattacken träten fünf- bis sechsmal pro Tag auf. Appetitlosigkeit und Übelkeit seien vorhanden. Aufgrund der Schmerzen habe sie deutlich abgenommen. Ein vornüber geneigtes Arbeiten verursache Schmerzen (Staubsaugen); ebenfalls eine Beugung im Hüftgelenk beim Sitzen. Spaziergänge mit einer Dauer von insgesamt 10 Minuten könne sie bewältigen. Die Explorandin beklage weiterhin ein Fremdkörpergefühl im Bereich der Bauchdecke. Es sei ihr ein Netz implantiert worden. Sie habe das Gefühl, dass sie das Netz störe. Weitere Beschwerden seien in diesem Zusammenhang nicht angegeben worden. Zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild äusserte sich die Explorandin dahingehend, Reinigungsarbeiten könne sie aufgrund ihrer Beschwerdesymptomatik (Bauchschmerzen)

nicht mehr ausüben.

Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Chronische Unterbauchschmerzen (ICD-10: R10.3) mit/bei St.n. Not-Sectio 13.12.1999, St.n. Laparotomie zur Entfernung von Endometrioseherden (2) am 01.02.2003, St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden am 07.10.2003, St.n. Sectio am 22.12.2003 (recte: 2006), St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden 08.02.2013, St.n. Exzision Endometrium mit Faszienresektion, Bauchwandrekonstruktion mit Sublaynetz am 01.10.2013». Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt. Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin berichte, dass die Schmerzen seit dem Kaiserschnitt im Jahr 1999 in dieser Qualität und Intensität vorhanden seien. Weitere operative Massnahmen hätten keinen Erfolg gebracht. Die Qualität des Schmerzes habe sich verändert. Früher sei der Schmerz ähnlich wie der Periodenschmerz gewesen; aktuell sei er quälend und belastend. Zum Fähigkeitsprofil wurde angegeben, es bestehe eine Einschränkung des Gewichtslimits auf 5 kg pro obere Extremität. Bei statischen Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend) seien keine Einschränkungen vorhanden. Arbeiten in Zwangshaltungen (kniend, bückend, kauern) sollten aufgrund der Schmerzsymptomatik vermieden werden. Wärme wirke sich positiv auf die Schmerzempfindung aus. Die bisherige medikamentöse Therapie (Sevrelong und Sevredol, CoDafalgan bei Bedarf, Tramal, Voltaren, Lexotanil, Femoston) sei lege artis in Art und Umfang und mit der notwendigen Intensität bzw. Dosierung durchgeführt worden. Laut den Angaben der Explorandin bestünden Einschränkungen im Bereich der Arbeitswelt und in der persönlichen hauswirtschaftlichen Versorgung. Somit seien die Schilderungen aus subjektiver Sicht in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätenniveaus gleichmässig vorhanden. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben der Explorandin und dem somatischen Befund ausgegangen werden. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation bestünden nicht.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft wurde in Bezug auf das Pensum auf 8 Stunden pro Tag beziffert. Es bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bezüglich der Schmerzsituation im Bereich des Abdomens von 30 %. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit der Sectio im Jahr 1999. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, die Arbeitstätigkeit sollte wechselbelastend (alternierend im Sitzen, Gehen und Stehen) verrichtet werden. Sie sollte nicht in gebückter oder vornüber geneigter Haltung im Sitzen und/oder Stehen verrichtet werden, nicht mit häufiger Rumpfrotation nach rechts/links im Sitzen oder Stehen ausgeübt werden, nicht mit asymmetrischen Lasteinwirkungen einhergehen und nicht in kauern oder kniender Stellung verrichtet werden. Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten seien zum Selbstschutz und zum Schutz anderer ausgeschlossen, ebenfalls das Gehen in unebenem Gelände und längeres Abwärtsgehen. Es sollten keine Lasten gehoben, getragen und bewegt werden (körpernah/-fern, bis Taillen-/Brusthöhe, Gewichte von maximal 5 kg, links, repetitiv, nur gelegentlich) und es sollten keine gefährlichen, schweren oder vibrierenden Maschinen bedient werden. Zu empfehlen seien verstellbare Arbeitsstühle, ein Steharbeitsplatz und Arbeitstische (ergonomisch und behinderungsgerecht). Der Explorandin sei eine leichte Arbeitstätigkeit vollumfänglich zumutbar. Die maximale Präsenz in einer solchen Tätigkeit betrage 8 Stunden pro Tag, wobei keine Leistungsminderung während dieser Anwesenheit bestehe. Zum zeitlichen Verlauf wird

erwähnt, eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe ab 1. Juli 2000. Ausgenommen seien die Zeiten der operativen Massnahmen mit entsprechender Rekonvaleszenzzeit. Eine angepasste Tätigkeit sollte künftig mit einer Präsenz von 100 % bei 100%iger Leistungsfähigkeit möglich sein (IV-Nr. 32.5 S. 8 ff.).

3.5.4 Im rheumatologischen/orthopädischen Teilgutachten vom 18. November 2020 (Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie; Untersuchung vom 18. November 2020) wurde dargelegt, auf orthopädisch/rheumatologischem Gebiet seien schon seit längerem keine Behandlungen mehr erforderlich. Die letzte Untersuchung sei das MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. Mai 2015 ohne nennenswerte Befunde gewesen. Aktuell seien die Beschwerden weiterhin im Bereich des Bauchraumes vorhanden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule oder damit zusammenhängend beklage die Explorandin momentan keine nennenswerten Beschwerden. Der Rheumatologe konnte keine Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Im Weiteren legte er dar, das im Jahr 2015 erstellte MRI der Lendenwirbelsäule zeige eine breitbasige mediale Hernierung L5/S1, jedoch ohne Tangierung einer Nervenwurzel. Insbesondere bestehe keine Nervenwurzelkompression S1 links. Entsprechend seien auch in den letzten Jahren keine nennenswerten Beschwerden mehr aufgetreten. Eine diesbezügliche Behandlung sei somit nicht erforderlich. Auch aus Sicht der Explorandin bestünden die Probleme auf anderen Teilgebieten. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pharmaassistentin oder SRK-Pflegehelferin wurde festgehalten, es bestehe keine Einschränkung auf orthopädischem/rheumatologischem Gebiet. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 32.6 S. 8 ff.).

3.5.5 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Januar 2021 (med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchung vom 11. Januar 2021) gab die Explorandin zum aktuellen Leiden an, nach der Entfernung des Endometrioseherds im Oktober 2013 sei sie kurzzeitig schmerzfrei gewesen. Im Rahmen der Arbeitsaufnahme habe sich wieder eine deutliche Verschlimmerung des Schmerzes eingestellt. Sie spüre aktuell noch «das Loch» in der Bauchwand bis zur Wirbelsäule, auch sei ein Netz vorhanden. Sie habe sich «durchgebissen», doch die Hoffnung, dass sich der Schmerz auflösen möge, habe sich nicht erfüllt. Deswegen könne sie nicht mehr auf ihrem Beruf (Pharmaassistentin, SRK Pflegehelferin) arbeiten. Von 2011 bis Ende 2020 sei sie als Reinigungskraft mit 2 x 3 Stunden pro Woche tätig gewesen. Auch dieses Pensum könne sie aufgrund der bestehenden Schmerzen nicht mehr bewältigen. Der Schmerz sei ständig vorhanden, von unterschiedlicher Ausprägung, intervallartig und habe eine eigene Dynamik. Der Schmerzcharakter sei «rasierklingenartig», stechend, schneidend und reibend. Insgesamt sei das Bestehen des Schmerzes «zermürend». Es bestehe auch eine Ausstrahlung in die Beine, in den Bauch, links mehr als rechts. Eine Rückenbandage und Stützstrümpfe, welche die Explorandin getragen habe, seien eine Hilfe gewesen, um arbeiten zu können. Die Explorandin nehme seit drei Jahren Morphin (vorbestehend Co-Dafalgan und Tramal). Sie bemerke eine Dosissteigerung, wolle die Dosis jedoch abbauen. Sie wolle die Medikation nicht mehr einnehmen, um funktionieren zu können. Viermal habe die Explorandin schon selbst eine Entwöhnung durchgeführt, jedoch den Schmerz nicht ohne sonstige Analgetika ertragen können. Im Weiteren habe sie auch depressive Phasen. Sie erlebe Selbstmitleid, habe schlechte Gedanken und eine Wut auf die Hebamme, da sie annehme, dass deren Intervention an der aktuellen Situation mitschuldig sein könnte. Die Explorandin habe immer wieder erlebt, nicht ernst genommen und als

Hypochonder dargestellt zu werden. Solche Stimmungen träten ein- bis zweimal pro Monat auf und dauerten den ganzen Tag. Sie lösten sich dann aber wieder selbstständig auf, wenn sie etwas Kreatives mache und sich dadurch ablenke. Sie habe keine Hoffnung mehr auf eine Besserung. Sie habe alles Mögliche versucht, auch im C. ___ nochmals nachgefragt, ob eine Operation mit längerer Rekonvaleszenz möglich sei. Dies sei jedoch zurückgewiesen worden. Befragt nach der psychisch seelischen Befindlichkeit habe die Explorandin erklärt, dass sie «funktioniere», sich allerdings nicht mehr selbst spüren könne und froh wäre, wenn sie den Druck, den sie erlebe, abstreifen könne. Sie sei nicht zufrieden, frustriert, traurig, müde, entmutigt und kraftlos. Die Explorandin führte im Weiteren noch aus, sie habe schon seit der Jugend grosse Schwierigkeiten bei der Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel. Sie habe «Panik» und vegetative Symptome, Schwindel, Ängste vor Kontrollverlust sowie fragliche Depersonalisierungs- und Derealisationsphänomene beschrieben. Wenn möglich, vermeide sie das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel.

Der psychiatrische Teilgutachter stellte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)». Die weiteren gestellten Diagnosen (V.a. Agoraphobie mit Angaben einer Panikstörung [ICD-10: F40.01]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F11.24]; Psyche- und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F13.24]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, Substanzgebrauch [ICD-10: F12.14]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, bei der aktuellen Untersuchung habe sich eine Explorandin vorgestellt, die über eine vorwiegend abdominelle Schmerzsymptomatik von reissendem, schneidendem und stechendem Schmerzcharakter, beginnend nach einem «Notkaiserschnitt» im Jahr 1999, geklagt habe. Im Weiteren sei an der Schmerzbedingung und späteren Exazerbation eine Endometriose, auch eine im Bauchmuskel gelegene, ursächlich. Der letztgenannte Tumor sei im Jahr 2013 entfernt worden. Die Explorandin sei jedoch nie völlig schmerzfrei gewesen. Da entsprechend dem Dossier wohl eher keine nachvollziehbare, klar organische Genese vorliege (Bericht Viszeralchirurgie C. ___ vom 6. Juni 2019; vgl. E. II. 3.1 hiervor), scheine einer psychischen Komponente eine gewisse Rolle zuzukommen. Psychiatrischerseits dürfte am ehesten eine gewisse somatoforme Symptomatik bestehen, wobei für das Jahr 1999 die Beziehung zu einem Konflikt feststellbar sei, jedoch nach der weiteren «Exazerbation», nach der Operation im Bereich des Bauchmuskels mit Entfernung des Endometrioseherds, sich keine klare Psychodynamik abgezeichnet habe; mit der Ausnahme vielleicht, dass die Explorandin sich «insgesamt fehlbehandelt» und nicht «ernstgenommen» gefühlt habe. Zum Teil erscheine es auch so, als habe sie sich über die Jahre hinweg mit den Umständen eingerichtet und erlebe in einem gewissen Mass auch das Anrecht auf eine Entschädigung. Im Weiteren müsse aus psychiatrischer Sicht gesagt werden, dass durch die somatoforme Störung nur eine geringe Auswirkung auf Alltagsfunktion und Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei, zum Teil vor dem Hintergrund des Tagesprofils und aufgrund der aktuellen Exploration und den Angaben der Explorandin. Es dürfe auch darauf verwiesen werden, dass die Explorandin im Jahr 2006 nochmals eine Tochter geboren habe, mit der sie aktuell zusammenlebe. Es lasse sich auch keine depressive Störung, welche die vorbestehende genannte Diagnose aggravieren würde, explorieren; ebenso wenig eine tatsächliche somatopsychische Auswirkung der

vorbestehenden körperlichen Erkrankung, sodass insgesamt nicht von einer larvierten somatisierten Depression ausgegangen werden könne. Die Explorandin habe eher zum Ende der Exploration hin das Bestehen einer agoraphoben Symptomatik betreffend die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel mit fraglicher Panikstörung erwähnt. Diese habe jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Entsprechend der Definition gemäss ICD-10 könne die Explorandin diese beängstigenden, phobischen Situationen vermeiden und erlebe demnach nur wenig Angst. Es stelle sich allerdings die Frage, wie die Explorandin zu einer Arbeitsstelle gelangen könne. Auch den weiteren feststellbaren Störungen, namentlich dem Abhängigkeitssyndrom von Opioiden und Benzodiazepinen, eventuell auch iatrogen bedingt, komme ebenso wie dem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Hier wäre zu berücksichtigen, dass Arbeiten, die vorwiegend das Bedienen von Maschinen und das Führen von Kraftfahrzeugen beinhalteten, wohl möglichst vermieden werden sollten. Sodann habe keine Behandlungsaktivität bestanden, sodass auch die Frage nach dem Leidensdruck aufgeworfen werden müsse.

Unter Berücksichtigung der sogenannten Standardindikatoren könne aus psychiatrischer Sicht in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Ausprägung der auf psychiatrischem Fachgebiet gestellten Diagnosen als leichtgradig eingestuft werden. Eine Behandlungsaktivität bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet aktuell nicht und würde Möglichkeiten bieten, sofern dies benötigt werde. Eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität, wie etwa im Sinne einer depressiven Störung, könne nicht festgestellt werden. Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik bestünden keine Hinweise für eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung. Hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» lasse sich das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur in gewissem Umfang begründen. Schwierig erscheine es, die daraus resultierenden Einschränkungen in dem von der Explorandin angegebenen Mass nachzuvollziehen. Das Aktivitätsniveau im Alltag dürfe noch als recht gut attestiert werden und stehe im Widerspruch mit einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass, sodass aus psychiatrischer Sicht nur eine geringe Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden könne.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, eine psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung finde aktuell nicht statt, sei von der Explorandin nicht geplant und eine solche erachte sie als eher wenig hilfreich vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen. Da schon längere Zeit keine Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet nach Angaben der Explorandin durchgeführt worden sei, könne zu den Heilungschancen kaum eine Aussage gemacht werden. Allfällige Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz, Aggravation, Simulation oder Dissimulation hätten sich nicht ergeben. Der Explorandin sei es gelungen, trotz der bei ihr bestehenden psychosozialen Bedingungen zwei Ausbildungen abzuschliessen und soweit im Alltag, in der Familie und in der Kindererziehung den an sie gestellten sozialen Erwartungen zu entsprechen. Sowohl die Totgeburt als auch der wohl etwas «dramatisch» verlaufene Kaiserschnitt könnten ebenso wie die Trennung und Scheidung von den Ehepartnern und nicht zuletzt auch die Endometrioseerkrankung als Belastung verstanden werden. Trotzdem bleibe aktuell nach der Untersuchung und Exploration offen, weshalb die Explorandin ein solches Ausmass der Einschränkung erlebe und warum die Gegebenheiten für sie nicht zu bewältigen sein sollten. Hier habe sich abschliessend keine befriedigende Erklärung auf psychiatrischem Fachgebiet ergeben und die Umstände hätten abschliessend auch nicht durch eine

psychiatrische Störung erklärt werden können.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, rein medizinisch theoretisch, aus rein psychiatrischer Sicht, wäre die Explorandin fähig, sämtliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 20 % zu verrichten. Dabei wäre die von der Explorandin zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen, jedoch auch die vorbestehende Tätigkeit als Pharmaassistentin und Pflegehelferin. Zum Verlauf wurde dargelegt, soweit dieser retrospektiv beurteilbar sei, dürfte tatsächlich im Jahr 1999 der Ursprung der aktuell bestehenden Umstände zu finden sein, wobei vor dem Hintergrund der biographischen Gegebenheiten und der Lebensumstände der Explorandin davon ausgegangen werden müsse, dass Fluktuationen und wohl auch Zeiten der Stabilität bestanden haben dürften. Im Jahr 2013 möge nochmals eine gewisse Belastung, bedingt durch die Operation, bestanden haben; die aktuellen Gegebenheiten hätten sich dann sukzessive über die Jahre hinweg ausgebildet. Genauer lasse sich dies retrospektiv nicht erfassen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde auf das zu den bisherigen Tätigkeiten Gesagte verwiesen. Zu Therapieoptionen wurde noch vermerkt, prinzipiell wäre der nochmalige Versuch einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Intervention möglich, sofern bei der Explorandin hier eine Motivation zu wecken wäre. Auch wäre gegebenenfalls eine psychopharmakotherapeutische Intervention möglich, jedoch nicht ohne Compliance der Explorandin, die zunächst etabliert werden müsste. Auch eine Spitalbehandlung in einer geeigneten Einrichtung, gegebenenfalls als Rehabilitationsbehandlung, würde sich als allfällige Intervention anbieten. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine angepasste Tätigkeit mit einem 80%-Pensum integral möglich, wenn die Explorandin gleichzeitig die notwendigen alltäglichen Aufgaben der Administration und des Haushaltes verrichte (IV-Nr. 32.7 S. 10 ff.).

3.6 RAD-Arzt Dr. med. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2021 fest, er könne sich der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten der B.____ anschliessen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung sei in der Arbeitsunfähigkeitstabelle auf S. 13 Ziff. 4.7 das Teilgutachten (Allgemein-/Abdominal-) «Chirurgie» versehentlich falsch als «Orthopädische Chirurgie» bezeichnet worden. In der angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe/Raumpflegerin bestehe seit der Kaiserschnittentbindung im Jahr 1999 eine Arbeitsfähigkeit vom 70 %, resultierend aus einem Zeitpensum von 100 % und einer schmerzbedingten Leistungsminderung von 30 % (vgl. chirurgisches Teilgutachten, S. 21). In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, resultierend aus einem Zeitpensum von 100 % und einer psychiatrisch bedingten Leistungsminderung von 20 %, beginnend ebenfalls nach der Sectio im Jahr 1999 (IV-Nr. 35 S. 2).

3.7 In seiner im Vorbescheidverfahren abgegebenen Stellungnahme vom 24. November 2021 hielt Dr. med. G.____ fest, im MRI des rechten Hüftgelenks vom 27. Mai 2015 hätten sich Zeichen einer Offsetstörung am rechten Hüftgelenk, vereinbar mit einem femoroazetabulärem Impingement (Bewegungseinschränkung), gefunden. Diese damals gestellte Diagnose sei in der Aktenzusammenfassung und im rheumatologischen und orthopädischen Teilgutachten aufgeführt worden, wobei jedoch bei der klinischen Untersuchung keine Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks habe festgestellt werden können. Das von der Versicherten mehrfach erwähnte Loch in der Bauchwand, welches ihr die grössten Schmerzen bereite, befinde sich in der queren Bauchmuskulatur, habe also mit einer Hiatushernie nichts zu tun und sei in der Konsensbeurteilung unter den Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Unterpunkt der chronischen Bauchschmerzen aufgeführt worden. Ob eine Hiatushernie, also ein Zwerchfellbruch, vorliege, stehe laut dem von der Versicherten nachträglich eingereichten Bericht der Panendoskopie von Dr. med. M.____ vom 8. Juni 2017 nicht fest. In seiner Beurteilung habe er damals «wahrscheinlich kleine Hiatushernie» geschrieben. Weder bei der Untersuchung durch den chirurgischen Gutachter, noch in der Systemanamnese oder Medikationsliste des Gutachters für Allgemeine Innere Medizin ergäben sich Hinweise auf eine durch eine Hiatushernie verursachte Beschwerdesymptomatik. Weitere Abklärungen diesbezüglich seien nicht erforderlich. Der Bandscheibenvorfall (ohne Nervenwurzelkompression, also ohne radikuläre Symptomatik) sei in verschiedenen Teilgutachten thematisiert und auch in der Konsensbeurteilung als Diagnose aufgeführt worden. Im nachträglich eingereichten Bericht der Lungenpraxis [...] vom 31. August 2017 seien als beschreibende Diagnosen wiederkehrende atypische Thoraxschmerzen und Herzklopfen genannt worden, deren Ursache unklar gewesen sei. Differentialdiagnostisch sei ein leichtes Asthma genannt worden, wobei jedoch die Lungenfunktion normal gewesen sei, sowie eine mögliche muskulo-skelettale Ursache. Umfangreiche Untersuchungen hätten keinen Hinweis auf eine kardiale Genese ergeben. Im allgemein-internistischen Teilgutachten seien sowohl die internistische Systemanamnese als auch die Untersuchung unauffällig gewesen. Weitere Abklärungen diesbezüglich seien nicht angezeigt (IV-Nr. 43 S. 2).

3.8 Dr. med. E.____ bestätigte in seinem Bericht vom 24. Mai 2022, dass bei der Beschwerdeführerin wegen eines Endometrioseknotens in der Bauchmuskulatur eine Operation im C.____ durchgeführt worden sei, die den Muskel geschwächt habe. Seither bestünden starke Schmerzen im Bereich der Bauchwandmuskulatur. Wegen der jahrelangen chronischen Schmerzen sei sie in Behandlung und benötige auch Morphin-Präparate. Sie könne ein bis zwei Stunden ihre alltäglichen Verrichtungen durchführen. Aus diesem Grund, insbesondere auch gestützt auf mehrere fachärztliche Konsilien, sei es schwierig, dass die Patientin einer geregelten Arbeit nachgehen könne. Sie könne nicht länger als ein bis zwei Stunden stehen oder sitzen und Arbeiten ausführen (BB 5).

3.9 In einer an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gerichteten E-Mail vom 17. August 2022, welche dem Gericht mit Eingabe vom 23. August 2022 nachgereicht wurde (A.S. 28; vgl. E. I. 2.3 hiervor), erklärte Dr. med. E.____ nochmals, die Patientin könne keine Arbeiten während mehr als ein bis zwei Stunden täglich ausüben, vor allem auch wegen dem sedierenden und konzentrationsvermindernden Effekt der Morphinderivate. Entgegen dem Gutachten seien deshalb auch keine achtstündigen Arbeiten mit leichter Intensität möglich. Die Diagnose laute auf «Endometriose Grad IV»; dies sei das stärkste Stadium ausserhalb des Genitales (BB 7).

E. 2.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

E. 2.3.1

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

E. 2.3.2

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 Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG [Fassung bis 31. Dezember 2021]).

E. 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 Art. 28a Abs. 2 IVG 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 [Fassung bis 31. Dezember 2021]). Dieses Vorgehen wird als die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts 8C_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 6.1 mit Hinweis).

E. 2.3.4

Gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV (Fassung bis 31. Dezember 2021) werden bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) summiert. Laut Art. 27 bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (lit. a) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (lit. b). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

2.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts:

3.1 Aus dem Bericht des C.____, [...] (; Dr. med. D.____, Oberarzt Viszeralchirurgie), [...], vom 6. Juni 2019 gehen die Hauptdiagnose «1. Chronische Unterbauchschmerzen bei St.n. Exzision eines Endometrioseherdes im M. rectus abdominis links und Faszienresektion sowie Bauchwandrekonstruktion mit Sublay Netz am 1.10.2013, St.n. Sectio 12/99, St.n. dreimaliger Unterbauchlaparoskopie/-tomie» und die Nebendiagnose «2. V.a. Schmerzmittelabusus DD bi Dgn 1» hervor. Im Weiteren wurde ausgeführt, die Patientin habe in der viszeralchirurgischen Sprechstunde berichtet, dass sie ca. 1 bis 2 Monate nach der Operation praktisch beschwerde- und schmerzfrei gewesen sei. Nachdem sie die Arbeit wieder aufgenommen habe, seien die Schmerzen – ähnlich wie vor der Operation – erneut aufgetreten. Etwas weniger ausgeprägt sei die Korrelation zwischen Schmerzen und Menstruation gewesen. Im Verlauf der Jahre habe die Patientin verschiedene Schmerzmittel in zunehmender Dosierung zu sich genommen (NSAR, Tramal, Morphin). Diese

Schmerzmittel habe sie teilweise auch schon vor der Operation zu sich genommen. Eine gewisse Abhängigkeit sei auch gemäss den Angaben der Patientin sicher vorhanden. Sie habe bereits viermal selbst einen Entzug durchgemacht. In der klinischen Untersuchung zeigten sich Schmerzen bereits bei Palpation der Haut im linken Unterbauch. Klinisch zeige sich kein Hinweis für eine Hernie, könne aber aufgrund der Schmerzen nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Narbe selbst sei sonst reizlos. Gemäss den Angaben der Patientin sei auch bereits eine Infiltration durchgeführt worden, was zu keiner Besserung geführt habe. Die Situation sei ausführlich mit der Patientin besprochen worden. Mit einer chirurgischen Revision sei äusserste Zurückhaltung geboten (IV-Nr. 17 S. 7 f.). 3.2 Der die Beschwerdeführerin behandelnde Arzt, Dr. med. E.____, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, bestätigte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2019, dass die Patientin im Jahr 1999 einen Notfallkaiserschnitt und eine Frühgeburt gehabt habe. Wegen chronischer Schmerzen seien vier Unterbauchoperationen durchgeführt worden. Am 1. Oktober 2013 sei dann im C.____ wegen ausgeprägter Unterbauchschmerzen und einem sogenannten Endometrioseherd in der Bauchwand eine Muskelresektion durchgeführt und ein Netz eingelegt worden. Seither könne die Patientin nicht mehr als 6 Stunden pro Woche arbeiten. Sie benötige auch regelmässig Schmerzmittel, welche sie ermüdeten (IV-Nr. 6 S. 1). 3.3 In seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2020 hielt Dr. med. E.____ fest, die ambulante Behandlung durch ihn erfolge seit dem Jahr 1999. Die Patientin sei bei ihm alle drei Monate oder öfters nach Bedarf in Behandlung. Eine Arbeitsfähigkeit sei maximal für sechs Stunden pro Woche möglich. Die Patientin könne nicht länger als eine Stunde am Stück arbeiten. Seit dem 1. Oktober 2013 werde sie im C.____ behandelt. Seit dem Notfallkaiserschnitt im Spital F.____ vom 13. Dezember 1999 habe sie starke Abdominalwand Schmerzen ventral. Es sei dann im C.____ eine Endometrioseresektion aus dem Muskulus rectus abdominalis (4,5 cm x 5 cm) erfolgt. Vor der Muskeloperation sei die Patientin dreimal wegen einer Endometriose operiert worden. Als Prognose wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben. Der Behandlungsplan sehe eine Schmerztherapie vor; die Chirurgen wollten keine weiteren Operationen durchführen. Zur beruflichen Situation wurde dargelegt, die Patientin könne die alltäglichen Verrichtungen ausführen, eine Tätigkeit im angestammten Beruf (Apothekenhelferin, SRK-Pflege) sei nicht mehr möglich. Nach einer Stunde Arbeit in der bisherigen Tätigkeit habe sie starke Schmerzen. Sowohl die bisherige als auch eine leidensangepasste Tätigkeit seien nicht zuzumuten. Die Prognose für die Eingliederung sei schlecht. Die Schmerzempfindung und -therapie stünden einer Eingliederung im Weg. Im Haushalt könne sie knapp die täglichen Verrichtungen machen (IV-Nr. 17 S. 1 ff.). 3.4 RAD-Arzt Dr. med. G.____, Praktischer Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. August 2020 im Wesentlichen fest, die 50-jährige gelernte Pharma-Assistentin und SRK-Pflegerin habe zwei 1999 und 2006 geborene Kinder, wobei das erste dieser beiden als Frühgeburt per Not-Kaiserschnitt zur Welt gekommen sei. Vom 13. Dezember 1999 bis 31. August 2011 habe sie nicht gearbeitet. Nach der Scheidung von ihrem zweiten Ehemann (Oktober 2010) habe die Versicherte dann ab 1. September 2011 arbeiten müssen (Haushalthilfe/Raumpflegerin), was ihr aber aus gesundheitlichen Gründen nur maximal 6 Stunden pro Woche möglich sei. Finanziell werde sie von den Sozialen Diensten unterstützt. Nach Einsicht in die vorhandenen medizinischen Unterlagen sei die medizinische Situation unklar. Es erscheine als sehr wahrscheinlich, dass am Schmerzempfinden der Versicherten eine psychische Erkrankung mitbeteiligt sein könnte, durch deren Behandlung gegebenenfalls sowohl die Lebensqualität als auch die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könnten. Auch psychosoziale Faktoren könnten hier

eine Rolle spielen. Zur objektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung erforderlich (IV-Nr. 19 S. 2 ff.). 3.5 Aus dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, allgemein- bzw. Abdominal-chirurgischen, rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 9. Mai 2021 gehen im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Chronische Unterbauchschmerzen (ICD-10: R10.3) mit/bei St.n. Not-Sectio 13.12.1999, St.n. Laparatomien zur Entfernung von Endometrioseherden (2) am 01.02.2003, St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden am 07.10.2003, St.n. Sectio am 22.12.2003 (recte: 2006), St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden 08.02.2013, St.n. Exzision Endometrium mit Faszienresektion, Bauchwandrekonstruktion mit Sublaynetz am 01.10.2013; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)». Die weiteren gestellten Diagnosen (Laktoseintoleranz [ICD-10: E73.9]; Nikotinkonsum [ICD-10: Z72.0]; V.a. Agoraphobie mit Angaben einer Panikstörung [ICD-10: F40.01]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F11.24]; Psyche- und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F13.24]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, Substanzgebrauch [ICD-10: F12.14]; Migraine sans migraine [ICD-10: G43.0]; episodisches Lumbovertebralsyndrom [ICD-10: M54.06]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Neben den in die obgenannten Diagnosen einflussenden Faktoren seien keine weiteren offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren ersichtlich. Ressourcen seien vorhanden. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine namhaften Inkonsistenzen. Auch im intergutachterlichen Vergleich finde man keine wesentlichen Diskrepanzen. Es zeigten sich keine offensichtlichen Hinweise für eine Aggravation oder Simulation. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, in der bisherigen Tätigkeit (Haushaltshilfe bzw. Raumpflegerin in Teilzeit) bestehe aus chirurgischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und aus psychiatrischer Sicht eine solche von 20 %. In einer Verweistätigkeit bestehe ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. In sämtlichen anderen Disziplinen wurden sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch einer Verweistätigkeit keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Aus interdisziplinärer Sicht ergab sich damit eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 % und in einer Verweistätigkeit eine solche von 20 %. Dabei gelte das seitens des psychiatrischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil. Zum Verlauf wurde dargelegt, retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus aktueller Sicht. Auf der Grundlage der im aktuellen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen nicht nachvollziehbar, da keine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Soweit der doch als lang zu bezeichnende Verlauf retrospektiv beurteilbar sei, dürfte tatsächlich im Jahr 1999 der Ursprung der aktuell bestehenden Umstände zu finden sein, wobei – vor dem Hintergrund der biographischen Gegebenheiten und der Lebensumstände der Explorandin – davon ausgegangen werden müsse, dass eine Fluktuation und wohl auch Zeiten der Stabilität bestanden haben dürften. Im Jahr 2013 könnte nochmals eine gewisse Belastung,

bedingt durch die Operation, bestanden haben. Die aktuellen Gegebenheiten hätten sich dann sukzessive über die Jahre hinweg ausgebildet. Genauer lasse sich dies retrospektiv nicht fassen. Es sei keine Therapie mit namhafter Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszumachen. Die Explorandin sei im Haushalt nicht eingeschränkt (IV-Nr. 32.1 S. 11 ff.).

3.5.1 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten vom 9. November 2020 (Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH; Untersuchung vom 9. November 2020) können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Nach den Angaben des Experten haben die Laktoseintoleranz (ICD-10: E73.9) und der Nikotinkonsum (ICD-10: Z72.0) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde ausgeführt, auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien derzeit keine IV-relevanten therapeutischen Massnahmen eingeleitet worden; solche seien auch nicht notwendig. Es bestünden keine konkreten Inkonsistenzen und es ergebe sich kein konkreter Anhalt für Aggravation oder Simulation. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten oder in einer etwaigen Verweistätigkeit seien aus rein allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 32.4 S. 14 ff.).

3.5.2 Aus dem neurologischen Teilgutachten vom 26. November 2020 (Prof. Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, Hauptgutachter; Untersuchung vom 26. November 2020) gehen ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «Migraine sans migraine (ICD-10: G43.0)» sowie ein «episodisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.06)» angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, bei den geschilderten Sehstörungen sei differentialdiagnostisch am ehesten von einer migraine sans migraine auszugehen. Für differentialdiagnostisch zu berücksichtigende epileptische oder cerebrovaskuläre Ursachen finde man weder in der klinischen noch in der sonographischen Untersuchung Hinweise. Bei den beklagten Kreuzschmerzen liessen sich in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde erheben. Diese Schmerzen seien deshalb diagnostisch als ein episodisches Lumbovertebralsyndrom beschrieben worden. Hinweise für lumboradikuläre Ausfälle zeigten sich nicht. Die bisherige Therapie (Morphium, Tramal, Dafalgan, Lexotanil) sei aus somatisch-neurologischer Sicht als lege artis anzusehen. Die Prognose hinsichtlich der Heilungschancen sei aus neurologischer Sicht positiv. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine Inkonsistenzen. Offensichtliche Hinweise für eine Aggravation oder Simulation seien nicht vorhanden. Die Explorandin sei aus somatisch-neurologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit voll arbeitsfähig. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (IV-Nr. 32.3 S. 11 ff.).

3.5.3 Im (allgemein-/Abdominal-)chirurgischen Teilgutachten vom 22. März 2021 (Dr. med. J.____, Facharzt für Unfallchirurgie; Untersuchung vom 19. März 2021) wurde zu den aktuellen Beschwerden der Explorandin angegeben, diese erkläre, dass sie unter einem permanenten, linksseitigen Bauchschmerz leide. Dieser Schmerz strahle inzwischen über die Beckenregion in das linke Bein aus und komme aus der Tiefe. Die Schmerzen seien permanent vorhanden. Sie nehme wegen der Schmerzen Morphium ein. Bei einer Schmerzattacke müsse sie sich hinlegen und dann Wärme applizieren. Auf der visuellen analogen Schmerzskala ordne die Explorandin die Schmerzen zwischen 6 und 8 ein; ohne Medikamente bis 10. Auch die Nachtruhe sei durch die Schmerzen gestört. Die Explorandin gebe an, der Schmerz sei schneidend, reissend und aggressiv. Die Schmerzattacken träten fünf- bis sechsmal pro Tag auf. Appetitlosigkeit und Übelkeit seien vorhanden. Aufgrund der Schmerzen habe sie deutlich abgenommen. Ein vornüber geneigtes Arbeiten verursache Schmerzen (Staubsaugen); ebenfalls eine Beugung

im Hüftgelenk beim Sitzen. Spaziergänge mit einer Dauer von insgesamt 10 Minuten könne sie bewältigen. Die Explorandin beklage weiterhin ein Fremdkörpergefühl im Bereich der Bauchdecke. Es sei ihr ein Netz implantiert worden. Sie habe das Gefühl, dass sie das Netz störe. Weitere Beschwerden seien in diesem Zusammenhang nicht angegeben worden. Zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild äusserte sich die Explorandin dahingehend, Reinigungsarbeiten könne sie aufgrund ihrer Beschwerdesymptomatik (Bauchschmerzen) nicht mehr ausüben. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Chronische Unterbauchschmerzen (ICD-10: R10.3) mit/bei St.n. Not-Sectio 13.12.1999, St.n. Laparotomie zur Entfernung von Endometrioseherden (2) am 01.02.2003, St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden am 07.10.2003, St.n. Sectio am 22.12.2003 (recte: 2006), St.n. Unterbauchlaparoskopie, Entfernung von Endometrioseherden 08.02.2013, St.n. Exzision Endometrium mit Faszienresektion, Bauchwandrekonstruktion mit Sublaynetz am 01.10.2013». Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt. Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin berichte, dass die Schmerzen seit dem Kaiserschnitt im Jahr 1999 in dieser Qualität und Intensität vorhanden seien. Weitere operative Massnahmen hätten keinen Erfolg gebracht. Die Qualität des Schmerzes habe sich verändert. Früher sei der Schmerz ähnlich wie der Periodenschmerz gewesen; aktuell sei er quälend und belastend. Zum Fähigkeitsprofil wurde angegeben, es bestehe eine Einschränkung des Gewichtslimits auf 5 kg pro obere Extremität. Bei statischen Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend) seien keine Einschränkungen vorhanden. Arbeiten in Zwangshaltungen (kniend, bückend, kauern) sollten aufgrund der Schmerzsymptomatik vermieden werden. Wärme wirke sich positiv auf die Schmerzempfindung aus. Die bisherige medikamentöse Therapie (Sevrelong und Sevredol, CoDafalgan bei Bedarf, Tramal, Voltaren, Lexotanil, Femoston) sei lege artis in Art und Umfang und mit der notwendigen Intensität bzw. Dosierung durchgeführt worden. Laut den Angaben der Explorandin bestünden Einschränkungen im Bereich der Arbeitswelt und in der persönlichen hauswirtschaftlichen Versorgung. Somit seien die Schilderungen aus subjektiver Sicht in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus gleichmässig vorhanden. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben der Explorandin und dem somatischen Befund ausgegangen werden. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation bestünden nicht. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft wurde in Bezug auf das Pensum auf 8 Stunden pro Tag beziffert. Es bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bezüglich der Schmerzsituation im Bereich des Abdomens von 30 %. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit der Sectio im Jahr 1999. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, die Arbeitstätigkeit sollte wechselbelastend (alternierend im Sitzen, Gehen und Stehen) verrichtet werden. Sie sollte nicht in gebückter oder vornüber geneigter Haltung im Sitzen und/oder Stehen verrichtet werden, nicht mit häufiger Rumpfrotation nach rechts/links im Sitzen oder Stehen ausgeübt werden, nicht mit asymmetrischen Lasteinwirkungen einhergehen und nicht in kauern oder kniender Stellung verrichtet werden. Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten seien zum Selbstschutz und zum Schutz anderer ausgeschlossen, ebenfalls das Gehen in unebenem Gelände und längeres Abwärtsgehen. Es sollten keine Lasten gehoben, getragen und bewegt werden (körpernah/-fern, bis Taillen-/Brusthöhe, Gewichte von maximal 5 kg, links, repetitiv, nur gelegentlich) und es sollten keine gefährlichen, schweren oder vibrierenden Maschinen bedient werden. Zu empfehlen seien verstellbare Arbeitsstühle, ein

Steharbeitsplatz und Arbeitstische (ergonomisch und behinderungsgerecht). Der Explorandin sei eine leichte Arbeitstätigkeit vollumfänglich zumutbar. Die maximale Präsenz in einer solchen Tätigkeit betrage 8 Stunden pro Tag, wobei keine Leistungsminderung während dieser Anwesenheit bestehe. Zum zeitlichen Verlauf wird erwähnt, eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe ab 1. Juli 2000. Ausgenommen seien die Zeiten der operativen Massnahmen mit entsprechender Rekonvaleszenzzeit. Eine angepasste Tätigkeit sollte künftig mit einer Präsenz von 100 % bei 100%iger Leistungsfähigkeit möglich sein (IV-Nr. 32.5 S. 8 ff.). 3.5.4 Im rheumatologischen/orthopädischen Teilgutachten vom 18. November 2020 (Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie; Untersuchung vom 18. November 2020) wurde dargelegt, auf orthopädisch/rheumatologischem Gebiet seien schon seit längerem keine Behandlungen mehr erforderlich. Die letzte Untersuchung sei das MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. Mai 2015 ohne nennenswerte Befunde gewesen. Aktuell seien die Beschwerden weiterhin im Bereich des Bauchraumes vorhanden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule oder damit zusammenhängend beklage die Explorandin momentan keine nennenswerten Beschwerden. Der Rheumatologe konnte keine Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Im Weiteren legte er dar, das im Jahr 2015 erstellte MRI der Lendenwirbelsäule zeige eine breitbasige mediale Hernierung L5/S1, jedoch ohne Tangierung einer Nervenwurzel. Insbesondere bestehe keine Nervenwurzelkompression S1 links. Entsprechend seien auch in den letzten Jahren keine nennenswerten Beschwerden mehr aufgetreten. Eine diesbezügliche Behandlung sei somit nicht erforderlich. Auch aus Sicht der Explorandin bestünden die Probleme auf anderen Teilgebieten. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pharmaassistentin oder SRK-Pflegehelferin wurde festgehalten, es bestehe keine Einschränkung auf orthopädischem/rheumatologischem Gebiet. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 32.6 S. 8 ff.). 3.5.5 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Januar 2021 (med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchung vom 11. Januar 2021) gab die Explorandin zum aktuellen Leiden an, nach der Entfernung des Endometrioseherds im Oktober 2013 sei sie kurzzeitig schmerzfrei gewesen. Im Rahmen der Arbeitsaufnahme habe sich wieder eine deutliche Verschlimmerung des Schmerzes eingestellt. Sie spüre aktuell noch «das Loch» in der Bauchwand bis zur Wirbelsäule, auch sei ein Netz vorhanden. Sie habe sich «durchgebissen», doch die Hoffnung, dass sich der Schmerz auflösen möge, habe sich nicht erfüllt. Deswegen könne sie nicht mehr auf ihrem Beruf (Pharmaassistentin, SRK Pflegehelferin) arbeiten. Von 2011 bis Ende 2020 sei sie als Reinigungskraft mit 2 x 3 Stunden pro Woche tätig gewesen. Auch dieses Pensum könne sie aufgrund der bestehenden Schmerzen nicht mehr bewältigen. Der Schmerz sei ständig vorhanden, von unterschiedlicher Ausprägung, intervallartig und habe eine eigene Dynamik. Der Schmerzcharakter sei «rasierklingenartig», stechend, schneidend und reibend. Insgesamt sei das Bestehen des Schmerzes «zermürend». Es bestehe auch eine Ausstrahlung in die Beine, in den Bauch, links mehr als rechts. Eine Rückenbandage und Stützstrümpfe, welche die Explorandin getragen habe, seien eine Hilfe gewesen, um arbeiten zu können. Die Explorandin nehme seit drei Jahren Morphin (vorbestehend Co-Dafalgan und Tramal). Sie bemerke eine Dosissteigerung, wolle die Dosis jedoch abbauen. Sie wolle die Medikation nicht mehr einnehmen, um funktionieren zu können. Viermal habe die Explorandin schon selbst eine Entwöhnung durchgeführt, jedoch den Schmerz nicht ohne sonstige Analgetika ertragen können. Im Weiteren habe sie auch depressive Phasen. Sie erlebe Selbstmitleid,

habe schlechte Gedanken und eine Wut auf die Hebamme, da sie annehme, dass deren Intervention an der aktuellen Situation mitschuldig sein könnte. Die Explorandin habe immer wieder erlebt, nicht ernst genommen und als Hypochonder dargestellt zu werden. Solche Stimmungen träten ein- bis zweimal pro Monat auf und dauerten den ganzen Tag. Sie lösten sich dann aber wieder selbstständig auf, wenn sie etwas Kreatives mache und sich dadurch ablenke. Sie habe keine Hoffnung mehr auf eine Besserung. Sie habe alles Mögliche versucht, auch im C.____ nochmals nachgefragt, ob eine Operation mit längerer Rekonvaleszenz möglich sei. Dies sei jedoch zurückgewiesen worden. Befragt nach der psychisch seelischen Befindlichkeit habe die Explorandin erklärt, dass sie «funktioniere», sich allerdings nicht mehr selbst spüren könne und froh wäre, wenn sie den Druck, den sie erlebe, abstreifen könne. Sie sei nicht zufrieden, frustriert, traurig, müde, entmutigt und kraftlos. Die Explorandin führte im Weiteren noch aus, sie habe schon seit der Jugend grosse Schwierigkeiten bei der Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel. Sie habe «Panik» und vegetative Symptome, Schwindel, Ängste vor Kontrollverlust sowie fragliche Depersonalisierungs- und Derealisationsphänomene beschrieben. Wenn möglich, vermeide sie das Benützen öffentlicher Verkehrsmittel. Der psychiatrische Teilgutachter stellte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)». Die weiteren gestellten Diagnosen (V.a. Agoraphobie mit Angaben einer Panikstörung [ICD-10: F40.01]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F11.24]; Psyche- und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, Substanzgebrauch [ICD-10: F13.24]; Psyche- und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, Substanzgebrauch [ICD-10: F12.14]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, bei der aktuellen Untersuchung habe sich eine Explorandin vorgestellt, die über eine vorwiegend abdominale Schmerzsymptomatik von reissendem, schneidendem und stechendem Schmerzcharakter, beginnend nach einem «Notkaiserschnitt» im Jahr 1999, geklagt habe. Im Weiteren sei an der Schmerzbedingung und späteren Exazerbation eine Endometriose, auch eine im Bauchmuskel gelegene, ursächlich. Der letztgenannte Tumor sei im Jahr 2013 entfernt worden. Die Explorandin sei jedoch nie völlig schmerzfrei gewesen. Da entsprechend dem Dossier wohl eher keine nachvollziehbare, klar organische Genese vorliege (Bericht Viszeralchirurgie C.____ vom 6. Juni 2019; vgl. E. II. 3.1 hiervor), scheinereiner psychischen Komponente eine gewisse Rolle zuzukommen. Psychiatrischerseits dürfte am ehesten eine gewisse somatoforme Symptomatik bestehen, wobei für das Jahr 1999 die Beziehung zu einem Konflikt feststellbar sei, jedoch nach der weiteren «Exazerbation», nach der Operation im Bereich des Bauchmuskels mit Entfernung des Endometrioseherds, sich keine klare Psychodynamik abgezeichnet habe; mit der Ausnahme vielleicht, dass die Explorandin sich «insgesamt fehlbehandelt» und nicht «ernstgenommen» gefühlt habe. Zum Teil erscheine es auch so, als habe sie sich über die Jahre hinweg mit den Umständen eingerichtet und erlebe in einem gewissen Mass auch das Anrecht auf eine Entschädigung. Im Weiteren müsse aus psychiatrischer Sicht gesagt werden, dass durch die somatoforme Störung nur eine geringe Auswirkung auf Alltagsfunktion und Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei, zum Teil vor dem Hintergrund des Tagesprofils und aufgrund der aktuellen Exploration und den Angaben der Explorandin. Es dürfe auch darauf verwiesen werden, dass die Explorandin im Jahr 2006 nochmals eine Tochter geboren habe, mit der sie aktuell zusammenlebe. Es lasse sich auch keine

depressive Störung, welche die vorbestehende genannte Diagnose aggravieren würde, explorieren; ebenso wenig eine tatsächliche somatopsychische Auswirkung der vorbestehenden körperlichen Erkrankung, sodass insgesamt nicht von einer larvierten somatisierten Depression ausgegangen werden könne. Die Explorandin habe eher zum Ende der Exploration hin das Bestehen einer agoraphoben Symptomatik betreffend die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel mit fraglicher Panikstörung erwähnt. Diese habe jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Entsprechend der Definition gemäss ICD-10 könne die Explorandin diese beängstigenden, phobischen Situationen vermeiden und erlebe demnach nur wenig Angst. Es stelle sich allerdings die Frage, wie die Explorandin zu einer Arbeitsstelle gelangen könne. Auch den weiteren feststellbaren Störungen, namentlich dem Abhängigkeitssyndrom von Opioiden und Benzodiazepinen, eventuell auch iatrogen bedingt, komme ebenso wie dem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Hier wäre zu berücksichtigen, dass Arbeiten, die vorwiegend das Bedienen von Maschinen und das Führen von Kraftfahrzeugen beinhalteten, wohl möglichst vermieden werden sollten. Sodann habe keine Behandlungsaktivität bestanden, sodass auch die Frage nach dem Leidensdruck aufgeworfen werden müsse. Unter Berücksichtigung der sogenannten Standardindikatoren könne aus psychiatrischer Sicht in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Ausprägung der auf psychiatrischem Fachgebiet gestellten Diagnosen als leichtgradig eingestuft werden. Eine Behandlungsaktivität bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet aktuell nicht und würde Möglichkeiten bieten, sofern dies benötigt werde. Eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität, wie etwa im Sinne einer depressiven Störung, könne nicht festgestellt werden. Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik bestünden keine Hinweise für eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung. Hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» lasse sich das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur in gewissem Umfang begründen. Schwierig erscheine es, die daraus resultierenden Einschränkungen in dem von der Explorandin angegebenen Mass nachzuvollziehen. Das Aktivitätsniveau im Alltag dürfe noch als recht gut attestiert werden und stehe im Widerspruch mit einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass, sodass aus psychiatrischer Sicht nur eine geringe Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden könne. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, eine psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung finde aktuell nicht statt, sei von der Explorandin nicht geplant und eine solche erachte sie als eher wenig hilfreich vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen. Da schon längere Zeit keine Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet nach Angaben der Explorandin durchgeführt worden sei, könne zu den Heilungschancen kaum eine Aussage gemacht werden. Allfällige Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz, Aggravation, Simulation oder Dissimulation hätten sich nicht ergeben. Der Explorandin sei es gelungen, trotz der bei ihr bestehenden psychosozialen Bedingungen zwei Ausbildungen abzuschliessen und soweit im Alltag, in der Familie und in der Kindererziehung den an sie gestellten sozialen Erwartungen zu entsprechen. Sowohl die Totgeburt als auch der wohl etwas «dramatisch» verlaufene Kaiserschnitt könnten ebenso wie die Trennung und Scheidung von den Ehepartnern und nicht zuletzt auch die Endometrioseerkrankung als Belastung verstanden werden. Trotzdem bleibe aktuell nach der Untersuchung und Exploration offen, weshalb die Explorandin ein solches Ausmass der Einschränkung erlebe und warum die Gegebenheiten für sie nicht zu bewältigen sein sollten. Hier habe sich abschliessend keine befriedigende Erklärung auf psychiatrischem

Fachgebiet ergeben und die Umstände hätten abschliessend auch nicht durch eine psychiatrische Störung erklärt werden können. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, rein medizinisch theoretisch, aus rein psychiatrischer Sicht, wäre die Explorandin fähig, sämtliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 20 % zu verrichten. Dabei wäre die von der Explorandin zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen, jedoch auch die vorbestehende Tätigkeit als Pharmaassistentin und Pflegehelferin. Zum Verlauf wurde dargelegt, soweit dieser retrospektiv beurteilbar sei, dürfte tatsächlich im Jahr 1999 der Ursprung der aktuell bestehenden Umstände zu finden sein, wobei vor dem Hintergrund der biographischen Gegebenheiten und der Lebensumstände der Explorandin davon ausgegangen werden müsse, dass Fluktuationen und wohl auch Zeiten der Stabilität bestanden haben dürften. Im Jahr 2013 möge nochmals eine gewisse Belastung, bedingt durch die Operation, bestanden haben; die aktuellen Gegebenheiten hätten sich dann sukzessive über die Jahre hinweg ausgebildet. Genauer lasse sich dies retrospektiv nicht erfassen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde auf das zu den bisherigen Tätigkeiten Gesagte verwiesen. Zu Therapieoptionen wurde noch vermerkt, prinzipiell wäre der nochmalige Versuch einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Intervention möglich, sofern bei der Explorandin hier eine Motivation zu wecken wäre. Auch wäre gegebenenfalls eine psychopharmakotherapeutische Intervention möglich, jedoch nicht ohne Compliance der Explorandin, die zunächst etabliert werden müsste. Auch eine Spitalbehandlung in einer geeigneten Einrichtung, gegebenenfalls als Rehabilitationsbehandlung, würde sich als allfällige Intervention anbieten. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine angepasste Tätigkeit mit einem 80%-Pensum integral möglich, wenn die Explorandin gleichzeitig die notwendigen alltäglichen Aufgaben der Administration und des Haushaltes verrichte (IV-Nr. 32.7 S. 10 ff.).

3.6 RAD-Arzt Dr. med. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2021 fest, er könne sich der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten der B.____ anschliessen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung sei in der Arbeitsunfähigkeitstabelle auf S. 13 Ziff. 4.7 das Teilgutachten (Allgemein-/Abdominal-) «Chirurgie» versehentlich falsch als «Orthopädische Chirurgie» bezeichnet worden. In der angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe/Raumpflegerin bestehe seit der Kaiserschnittentbindung im Jahr 1999 eine Arbeitsfähigkeit vom 70 %, resultierend aus einem Zeitpensum von 100 % und einer schmerzbedingten Leistungsminderung von 30 % (vgl. chirurgisches Teilgutachten, S. 21). In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, resultierend aus einem Zeitpensum von 100 % und einer psychiatrisch bedingten Leistungsminderung von 20 %, beginnend ebenfalls nach der Sectio im Jahr 1999 (IV-Nr. 35 S. 2).

3.7 In seiner im Vorbescheidverfahren abgegebenen Stellungnahme vom 24. November 2021 hielt Dr. med. G.____ fest, im MRI des rechten Hüftgelenks vom 27. Mai 2015 hätten sich Zeichen einer Offsetstörung am rechten Hüftgelenk, vereinbar mit einem femoroazetabulärem Impingement (Bewegungseinschränkung), gefunden. Diese damals gestellte Diagnose sei in der Aktenzusammenfassung und im rheumatologischen und orthopädischen Teilgutachten aufgeführt worden, wobei jedoch bei der klinischen Untersuchung keine Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks habe festgestellt werden können. Das von der Versicherten mehrfach erwähnte Loch in der Bauchwand, welches ihr die grössten Schmerzen bereite, befinde sich in der queren Bauchmuskulatur, habe also mit einer Hiatushernie nichts zu tun und sei in der Konsensbeurteilung unter den Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Unterpunkt der chronischen Bauchschmerzen aufgeführt worden. Ob eine Hiatushernie, also ein Zwerchfellbruch, vorliege, stehe laut dem von der Versicherten nachträglich eingereichten Bericht der Panendoskopie von Dr. med. M.____ vom 8. Juni 2017 nicht fest. In seiner Beurteilung habe er damals «wahrscheinlich kleine Hiatushernie» geschrieben. Weder bei der Untersuchung durch den chirurgischen Gutachter, noch in der Systemanamnese oder Medikationsliste des Gutachters für Allgemeine Innere Medizin ergäben sich Hinweise auf eine durch eine Hiatushernie verursachte Beschwerdesymptomatik. Weitere Abklärungen diesbezüglich seien nicht erforderlich. Der Bandscheibenvorfall (ohne Nervenwurzelkompression, also ohne radikuläre Symptomatik) sei in verschiedenen Teilgutachten thematisiert und auch in der Konsensbeurteilung als Diagnose aufgeführt worden. Im nachträglich eingereichten Bericht der Lungenpraxis [...] vom 31. August 2017 seien als beschreibende Diagnosen wiederkehrende atypische Thoraxschmerzen und Herzklopfen genannt worden, deren Ursache unklar gewesen sei. Differentialdiagnostisch sei ein leichtes Asthma genannt worden, wobei jedoch die Lungenfunktion normal gewesen sei, sowie eine mögliche muskulo-skelettale Ursache. Umfangreiche Untersuchungen hätten keinen Hinweis auf eine kardiale Genese ergeben. Im allgemein-internistischen Teilgutachten seien sowohl die internistische Systemanamnese als auch die Untersuchung unauffällig gewesen. Weitere Abklärungen diesbezüglich seien nicht angezeigt (IV-Nr. 43 S. 2).

3.8 Dr. med. E.____ bestätigte in seinem Bericht vom 24. Mai 2022, dass bei der Beschwerdeführerin wegen eines Endometrioseknotens in der Bauchmuskulatur eine Operation im C.____ durchgeführt worden sei, die den Muskel geschwächt habe. Seither bestünden starke Schmerzen im Bereich der Bauchwandmuskulatur. Wegen der jahrelangen chronischen Schmerzen sei sie in Behandlung und benötige auch Morphin-Präparate. Sie könne ein bis zwei Stunden ihre alltäglichen Verrichtungen durchführen. Aus diesem Grund, insbesondere auch gestützt auf mehrere fachärztliche Konsilien, sei es schwierig, dass die Patientin einer geregelten Arbeit nachgehen könne. Sie könne nicht länger als ein bis zwei Stunden stehen oder sitzen und Arbeiten ausführen (BB 5).

3.9 In einer an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gerichteten E-Mail vom 17. August 2022, welche dem Gericht mit Eingabe vom 23. August 2022 nachgereicht wurde (A.S. 28; vgl. E. I. 2.3 hiervor), erklärte Dr. med. E.____ nochmals, die Patientin könne keine Arbeiten während mehr als ein bis zwei Stunden täglich ausüben, vor allem auch wegen dem sedierenden und konzentrationsvermindernden Effekt der Morphinderivate. Entgegen dem Gutachten seien deshalb auch keine achtstündigen Arbeiten mit leichter Intensität möglich. Die Diagnose laute auf «Endometriose Grad IV»; dies sei das stärkste Stadium ausserhalb des Genitales (BB 7).

E. 3

Unter o/e-Kostenfolge. 2.2 In ihrer Vernehmlassung vom 10. Juni 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 27).

2.3 Mit Eingabe vom 23. August 2022 reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dem Gericht eine an ihn gerichtete E-Mail des behandelnden Arztes vom 17. August 2022 (Beschwerdebeilage [BB] 7) ein (A.S. 28).

2.4 Mit Instruktionsverfügung vom 26. August 2022 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Advokat Patrick Somm, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 29 f.).

2.5 Am 1. September 2022 reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 31 ff.).

2.6 Je ein Doppel der Eingabe des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 23. August 2022 sowie der

Kostennote vom 1. September 2022 werden in der Folge der Beschwerdegegnerin zu Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 35 f.).

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerdegegnerin lehnte in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2022 auch einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen ab. In der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde wird ausschliesslich ein Rentenanspruch geltend gemacht (vgl. Rechtsbegehren und Begründung). Soweit die angefochtene Verfügung die Ablehnung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zum Gegenstand hat, ist sie somit in Rechtskraft erwachsen.

1.3 Am 1. Januar 2022 sind zahlreiche Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten. Wenn ein Anspruch vor diesem Datum entstanden ist, bleiben bei einer Versicherten, die wie die Beschwerdeführerin im Jahr 1970 geboren ist, grundsätzlich auch weiterhin die bis Ende 2021 gültig gewesenen Bestimmungen massgebend (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b Abs. 1). Die hier zu beurteilende Anmeldung erfolgte am 26. Januar 2020 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 31. Januar 2020; vgl. IV-Nr. 2); ein Anspruch könnte daher frühestens im Juli 2020 entstanden sein (vgl. E. II. 2.2 hiernach). Nachstehend wird daher auf die Regelung Bezug genommen, welche bis Ende 2021 in Kraft war.

1.4 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2022 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die 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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. 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; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). 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; vgl. auch BGE 135 V

215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 4.1.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente in der vorliegend angefochtenen Verfügung im Wesentlichen mit der Begründung ab, die Beschwerdeführerin sei seit Jahren in ihrer Arbeitsfähigkeit als Haushaltshilfe/Raumpflegerin eingeschränkt. Diese Tätigkeit übe sie seit dem Jahr 2011 in einem Pensum von ca. 15 % aus. Die Beschwerdeführerin sehe sich aufgrund ihrer Schmerzen nicht in der Lage, ein höheres Arbeitspensum zu leisten. Ohne gesundheitliche Einschränkungen würde sie einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Rahmen von 80 % nachgehen; die restlichen 20 % entfielen in den Aufgabenbereich «Haushalt». Gemäss den medizinischen Abklärungen sei sie in der bisherigen Tätigkeit als Haushaltshilfe/Raumpflegerin zu 70 % arbeitsfähig; für eine körperlich weniger anspruchsvolle Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Im Haushaltbereich sei von keiner wesentlichen Einschränkung auszugehen. Da eine für die Entstehung eines Rentenanspruchs erforderliche Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) nicht gegeben sei, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu den Einwänden wurde dargelegt, der RAD-Arzt habe das B.____-Gutachten in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar und schlüssig beurteilt. Er lege in seiner Stellungnahme vom 24. November 2021 nachvollziehbar dar, weshalb weitere Abklärungen nicht erforderlich seien. Die Einwände könnten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der polydisziplinären Expertise begründen. Auch dem nachgereichten Schreiben der Beschwerdeführerin vom 21. März 2022 (IV-Nr. 44) könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, welche Anlass zu weiteren Abklärungen geben würden (IV-Nr. 45; A.S. 1 ff.).

E. 4.1.2

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihr eine ganze Invalidenrente ab 1. August 2020 zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe die Beurteilung der B.____ als «totale Abfertigung» empfunden. Sie habe nie die Zeit bekommen, die ihr zugestanden hätte, noch sei auf ihr Leiden wirklich eingegangen worden. Sie habe vor den Abklärungen der B.____ frisch Morphium erhalten, was sie so dort nicht zum Ausdruck gebracht habe. Dies habe zur Folge gehabt, dass es gegen Aussen den Anschein gemacht habe, als ob es ihr gut ginge, was aber nicht der Fall gewesen sei. Die Ursachen des Schmerzes seien nicht psychischer Art, sondern sie seien in den Ereignissen im Jahr 1999 bzw. 2000 und in den Folgeoperationen zu suchen. Für die Beschwerdeführerin sei es schwer, deren Schicksal zu akzeptieren. Zu den einzelnen Befunden der Gutachter sei insbesondere zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin entgegen den Ausführungen des Chirurgen Dr. med. J.____ Schmerzen beim Anziehen gehabt habe; er habe an ihrem Schmerzpunkt herumgedrückt, wobei sie dann heftig zusammgezuckt und vor Schmerzen heftig ausgeatmet habe. Dies sei im Gutachten so nicht erwähnt worden. Der Gutachter habe lediglich geschrieben, dass man ihr beim Anziehen keinen Schmerz angesehen habe. Die Beschwerdeführerin sei aber dazu erzogen worden, nicht zu jammern. Nicht nachvollziehbar sei auch, weshalb deren Narbe als unauffällig beschrieben worden sei. Am Ort derselben seien deutliche farbliche Veränderungen zu sehen. Dr. med. J.____ habe den linken Bauchmuskel der Beschwerdeführerin auch gar nicht ganz abtasten können. Als er an dem bei der

Beschwerdeführerin schmerzenden Punkt habe draufdrücken wollen, habe diese instinktiv abgewehrt, da sie dies nicht ertrage. Auch ihr selbst sei es erst langsam möglich, sich dort zu berühren. Obwohl die Beschwerdeführerin den Arzt gebeten habe, diese dort nicht anzufassen, habe er es dann zufälligerweise doch getan. Weil die Beschwerdeführerin diesbezüglich auf die Zähne gebissen habe und sich nichts habe anmerken lassen, sei dies von Dr. med. J. ___ falsch gedeutet worden. Insgesamt seien die Leiden der Beschwerdeführerin durch das Begutachtungsinstitut verharmlost worden. Für diese sei die Lebensqualität verloren gegangen. Sie habe jahrelang nach bestem Wissen und Gewissen das Möglichste getan, um die Schmerzen zu ertragen. Das Schlussergebnis sei nun, dass sie jetzt wegen der prolongierten Schmerzen von Morphium abhängig sei. Es fühle sich für sie wie eine ständige offene und klaffende innere Wunde an, die reisse, steche, rupfe und bis in den Rücken und das linke Bein hinunterziehe. Eine Arbeitsfähigkeit sei demgemäss für die Beschwerdeführerin nicht mehr gegeben. Ihre Aussagen stütze auch ihr behandelnder Gynäkologe, Dr. med. E. ___. Dieser Arzt, der die Beschwerdeführerin im Gegensatz zu den Gutachtern seit langem kenne und deshalb deren Gesundheitszustand besser beurteilen könne, gelange bei der Beschwerdeführerin zur Diagnose von starken Abdominalrandschmerzen ventral bei Status nach Endometrioseresektion sowie dreimaligen Endometrioseoperationen vor der Muskeloperation. Er gelange dabei zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und führe diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin knapp die alltäglichen Verrichtungen machen könne. Sie habe bereits starke Schmerzen nach einer Stunde und fahre nicht selbst Auto. Dass sich die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auch aktuell noch so zeige, bestätige der aktuelle Bericht von Dr. med. E. ___ vom 24. Mai 2022. Aufgrund der Widersprüche zwischen dem behandelnden Arzt und den Gutachtern wäre allenfalls ein Obergutachten in Auftrag zu geben (Beschwerde, S. 2 ff.).

4.2 Das oben (unter E. II. 3.5 hiervor) auszugsweise wiedergegebene polydisziplinäre Gutachten der B. ___ vom 9. Mai 2021 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Neurologie», «Allgemein- bzw. Abdominal-Chirurgie», «Rheumatologie/Orthopädie» und «Psychiatrie» vom 9., 18. und 26. November 2020, 11. Januar sowie 19. März 2021. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden von den Gutachtern berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Abschliessend werden die gestellten Fragen beantwortet. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen, wobei die von den chirurgischen und psychiatrischen Teilgutachtern festgestellte eingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in der Konsensbeurteilung korrekt übernommen wurde (vgl. Tabelle, IV-Nr. 32.1 S. 13 Ziff. 4.7). Die in der psychiatrischen Teilbegutachtung enthaltene Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erfolgte unter Anwendung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 (strukturiertes Beweisverfahren). Das Gesamtgutachten wurde von allen beteiligten Teilgutachtern mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet (vgl. diesbezügliche Bemerkungen in Ziff. 6.1 der Konsensbeurteilung, IV-Nr. 32.1 S. 16 f.). Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche

nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

4.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe die Beurteilung durch die B.____-Gutachter als «totale Abfertigung» empfunden und nie die Zeit bekommen, die ihr zugestanden hätte (die Explorationen hätten maximal zwei Stunden gedauert). Auf ihr Leiden sei nicht wirklich eingegangen worden (Beschwerde, S. 5). Dazu ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin vom allgemein-internistischen Teilgutachter Dr. med. H.____ während eineinhalb Stunden (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 5 und 32.4 S. 3), vom neurologischen Hauptgutachter Prof. Dr. med. I.____ während einer Stunde (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 5 und 32.3 S. 3), vom chirurgischen Teilgutachter Dr. med. J.____ während eineinviertel Stunden (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 5 und 32.5 S. 3) und vom psychiatrischen Teilgutachter med. pract. L.____ während einer Stunde und zwanzig Minuten (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 5 und 32.7 S. 3) untersucht bzw. exploriert wurde; der rheumatologisch/orthopädischen Teilgutachter Dr. med. K.____ machte hierzu keine Angaben, es wurde lediglich der Untersuchungsbeginn (13:00 Uhr) vermerkt (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 5 und 32.6 S. 3). Die von der Gutachterstelle in Aussicht gestellte Untersuchungsdauer von jeweils ca. 2 Stunden pro Exploration (vgl. IV-Nr. 25 S. 2 f., 29 S. 2, 30 S. 2 und 31 S. 2) wurde von den Teilgutachtern somit nicht ausgeschöpft. Daraus kann indessen nicht eine «Abfertigung» der Beschwerdeführerin abgeleitet werden, ist doch aufgrund der vorliegenden Teilgutachten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in den einzelnen Fachgebieten umfassend und korrekt untersucht und damit rechtsgenügend abgeklärt wurde. Anhaltspunkte für den Einwand, auf ihr Leiden sei nicht wirklich eingegangen worden, sind nicht ersichtlich. So geht aus den einzelnen Teilgutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Befragung zu ihren aktuellen Beschwerden ausführlich Stellung nehmen konnte (vgl. IV-Nr. 32.3 S. 6 ff., 32.4 S. 7 ff., 32.5 S. 7 ff., 32.6 S. 8 ff. und 32.7 S. 10 ff.). Wie oben (unter E. II. 4.2 hiervor) erwähnt, wird das B.____-Gutachten den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Hinweise, dass der Beschwerdeführerin bei den einzelnen Teilbegutachtungen nicht genügend Zeit für die Exploration zugestanden worden wäre, bestehen nicht. Es gilt im Übrigen zu beachten, dass der Dauer einer Exploration nach konstanter Rechtsprechung nicht allein entscheidende Bedeutung zukommt; massgebend sind vielmehr Inhalt und Schlüssigkeit des Gutachtens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_262/2021 vom 10. September 2021 E. 5.1.2 mit Hinweis). Das Gutachten der B.____ kann inhaltlich nachvollzogen werden, es überzeugt und erweist sich als schlüssig. Der Umstand, dass bei den Explorationen der jeweils vorgesehene ungefähre Zeitbedarf von ca. 2 Stunden nicht vollumfänglich ausgeschöpft wurde, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern.

4.4 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, sie habe vor den Explorationen frisch Morphium erhalten, was sie so dort nicht zum Ausdruck gebracht habe. Dies habe zur Folge gehabt, dass es gegen Aussen den Anschein gemacht habe, als ob es ihr gut gehe, was aber nicht der Fall gewesen sei. Dazu ist festzuhalten, dass die tägliche Einnahme von Morphium durch die Beschwerdeführerin den Gutachtern bekannt war (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 7 Ziff. 3.2, 32.3 S. 9 Ziff. 3.2.13, IV-Nr. 32.4 S. 13 Ziff. 4.3.2.2, IV-Nr. 32.5 S. 8 Ziff. 3.2.1 und 32.7 S. 17 Ziff. 3.3.14). Die Befunderhebungen und Beurteilungen durch die

Gutachter erfolgten somit in Kenntnis und unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin täglich eingenommenen Medikation. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass deswegen eine korrekte Diagnosestellung und/oder Beurteilung nicht möglich gewesen wäre.

4.5 In Bezug auf das chirurgische Teilgutachten von Dr. med. J.____ macht die Beschwerdeführerin geltend, entgegen den Ausführungen des Gutachters habe sie beim Anziehen unter Schmerzen gelitten. Nicht nachvollziehbar sei sodann, weshalb die Narbe als unauffällig beschrieben worden sei. Ferner habe Dr. med. J.____ den linken Bauchmuskel nicht abtasten können. Die Beschwerdeführerin habe bei der Palpation (Ertasten) durch den chirurgischen Gutachter auf die Zähne gebissen. Insgesamt sei ihr Leiden verharmlost worden (Beschwerde, S. 5 f.). Dazu ist festzustellen, dass der chirurgische Teilgutachter bei der Befunderhebung feststellte, die Entkleidung und Bekleidung im Unterkörperbereich erfolgten flüssig, schmerzfrei und zeitgerecht. Während der gesamten Exploration seien weder Schon- noch Entlastungsbewegungen zu beobachten gewesen. Der Bewegungsablauf sei flüssig und sicher. Auch das Sitzen während der Befragung sei problemlos während der gesamten Dauer möglich. Ein Positionswechsel habe nicht stattgefunden und ein Aufstehen während der Befragung habe nicht beobachtet werden können. Schliesslich sei ein Nachlassen der Konzentration während der gesamten Exploration nicht vorhanden gewesen (vgl. IV-Nr. 32.5 S. 15). Diese Verhaltensbeobachtungen stehen in Einklang mit den von Dr. med. J.____ erhobenen Untersuchungsbefunden. Bei der klinischen Untersuchung des Abdomens (Bauchwand, -höhle und -eingeweide) stellte der Experte unauffällige Befunde fest. Die Inspektion der Abdomenvorderwand ergab keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Vorwölbungen oder Verziehungen. Die Perkussion (Beklopfen) der vier Quadranten sei unauffällig. Die Palpation (Betasten) der Bauchdecken ergebe keine Abwehrspannung. Der chirurgische Teilgutachter stellte im Weiteren fest, im Bereich des linken unteren Quadranten könne sowohl an der Oberfläche als auch in der Tiefe ein Druckschmerz deutlich ausgelöst werden. Ein Loslassschmerz im rechten Unterbauch sei nicht auslösbar. Es seien keine Resistenzen tastbar. Insgesamt stellte der Gutachter stabile Bauchdecken fest. Beide Musculi recti abdominis seien in ihrer vollen Länge tastbar. Muskellücken seien nicht feststellbar. Es seien reizlose Laparoskopienarben im Nabelbereich festzustellen. Sodann hielt Dr. med. J.____ fest, bei der Rumpfbeuge, beim Drehen nach rechts und nach links und bei der Kippbewegung rechts nach links seien keine Schmerzen ausgelöst worden. Über der Symphyse finde sich eine reizlose, leicht geschwungene, horizontal verlaufende Operationsnarbe von 12 cm Länge. Sie sei nicht adhärent und verschieblich gegenüber dem Untergrund. Die Farbe sei unauffällig (IV-Nr. 32.5 S. 16). Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse und der Berücksichtigung der vorhandenen medizinischen Unterlagen stellte der chirurgische Teilgutachter die Diagnosen, legte ein Fähigkeitsprofil dar, nahm eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor und setzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Haushaltshilfe bzw. Raumpflegerin aufgrund der Schmerzsituation im Bereich des Abdomens auf 70 % fest (Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 %). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leichten, adaptierten Arbeitstätigkeit wurde mit 100 % beziffert, wobei auf verschiedene funktionelle Einschränkungen hingewiesen wurde (wechselbelastende Tätigkeit, keine Arbeiten in gebückter oder vornüber geneigter Haltung im Sitzen und/oder Stehen, keine häufige Rumpfrotation nach rechts/links im Sitzen oder Stehen, keine asymmetrischen Lasteinwirkungen, keine kauende oder knieende Arbeitsstellung, keine Arbeiten auf

Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten, kein Gehen in unebenem Gelände und längeres Abwärtsgehen, kein Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten und kein Bedienen von gefährlichen, schweren und vibrierenden Maschinen; IV-Nr. 32.5 S. 21 ff.; vgl. E. II. 3.5.3 hiervoor).

Angesichts dieser gründlich erhobenen, umfassenden und nachvollziehbaren Untersuchungsergebnisse kann ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ nicht davon ausgegangen werden, dass Dr. med. J. ___ auf ihr Leiden nicht wirklich eingegangen wäre und dieses verharmlost hätte. Der chirurgische Teilgutachter konnte gemäss seinen Angaben im Bereich des linken unteren Quadranten sowohl an der Oberfläche als auch in der Tiefe einen Druckschmerz deutlich auslösen und beide Musculi recti abdominis waren in ihrer vollen Länge tastbar, wobei der Gutachter keine Muskellücken finden konnte. Demnach kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. med. J. ___ habe den linken Bauchmuskel gar nicht abtasten können, nicht gefolgt werden. Der Gutachter hielt ausdrücklich fest, die Palpation der Bauchdecken ergebe keine Abwehrspannung und es bestünden insgesamt stabile Bauchdecken. Im Weiteren erhob er ■ mit Ausnahme des Druckschmerzes ■ unauffällige Befunde. Es bestehen somit keine Anhaltspunkte, dass der Experte hier etwas falsch gedeutet hätte, weil die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben auf die Zähne gebissen habe und sich nichts habe anmerken lassen. Im Weiteren stellte der Gutachter eine auch hinsichtlich der Farbe unauffällige Operationsnarbe fest (IV-Nr. 32.5 S. 16). Dies steht in Übereinstimmung mit den Feststellungen im Bericht des C. ___ vom 6. Juni 2019, worin die Narbe als «reizlos», d.h. unauffällig, beschrieben wurde (vgl. E. II. 3.1 hiervoor). Der Gutachter berücksichtigte die festgestellte Schmerzsymptomatik im Bereich des Abdomens mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit und legte die funktionellen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit dar. Auf diese nachvollziehbare und überzeugende Beurteilung des chirurgischen Teilgutachters ist abzustellen. Für die Behauptung der Beschwerdeführerin, insgesamt sei ihr Leiden durch das Begutachtungsinstitut «total verharmlost» worden, besteht kein Hinweis.

4.6 Der die Beschwerdeführerin behandelnde Gynäkologe Dr. med. E. ___ hielt in seiner Bestätigung vom 25. Oktober 2019 demgegenüber fest, bei der Beschwerdeführerin sei am 1. Oktober 2013 im C. ___ wegen ausgeprägter Unterbauchschmerzen und einem sogenannten Endometrioseherd in der Bauchwand eine Muskelresektion durchgeführt worden, wobei ein Netz eingelegt worden sei. Seither könne die Beschwerdeführerin nicht mehr als 6 Stunden pro Woche arbeiten; sie benötige regelmässig Schmerzmittel, welche sie ermüdeten (IV-Nr. 6 S. 1; vgl. E. II. 3.2 hiervoor). Im Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2020 gab Dr. med. E. ___ an, die Beschwerdeführerin könne nicht länger als eine Stunde am Stück arbeiten. Sie habe starke Abominalwandschmerzen ventral und könne knapp die alltäglichen Verrichtungen vornehmen. Eine Tätigkeit im angestammten Beruf und auch eine adaptierte Verweistätigkeit seien nicht möglich (IV-Nr. 17 S. 1 ff.; E. II. 3.3 hiervoor). In seiner Bestätigung vom 24. Mai 2022 legte er dar, die Operation im C. ___ vom 1. Oktober 2013 habe den Muskel geschwächt. Wegen der jahrelangen chronischen Schmerzen sei die Beschwerdeführerin in Behandlung und brauche auch Morphin-Präparate, damit sie während ein bis zwei Stunden ihren alltäglichen Verrichtungen nachgehen könne. Für die Beschwerdeführerin sei es schwierig, einer geregelten Arbeit nachzugehen (BB 5; vgl. E. II. 3.8 hiervoor). In seiner E-Mail vom 17. August 2022 wies Dr. med. E. ___ erneut darauf

hin, die Patientin könne keine Arbeiten während mehr als ein bis zwei Stunden täglich ausüben, vor allem auch wegen dem sedierenden und konzentrationsvermindernden Effekt der Morphinderivate. Entgegen dem Gutachten seien deshalb auch keine achtstündigen Arbeiten mit leichter Intensität möglich (BB 7; vgl. E. II. 3.9 hiervor).

Wie oben (unter E. II. 4.4 hiervor) erwähnt, erfolgte die Beurteilung der B.____-Gutachter, insbesondere auch die Festsetzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, in Kenntnis und unter Berücksichtigung ihrer Medikation. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch den Gutachtern die sedierende und konzentrationsvermindernde Wirkung der Morphinderivate bekannt ist. Demnach ist der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch die B.____-Gutachter (70 % in der bisherigen Tätigkeit als Haushaltshilfe bzw. Raumpflegerin [Pensum von 100 % mit einer schmerzbedingten Leistungsminderung von 30 %] seit dem Notkaiserschnitt vom 13. Dezember 1999 und 80 % in einer angepassten Verweistätigkeit [Pensum von 100 % mit einer psychiatrisch bedingten Leistungsminderung von 20 %] seit dem Notkaiserschnitt vom 13. Dezember 1999) zu folgen. Auf die Beurteilung des behandelnden Gynäkologen (keine Arbeitsfähigkeit in einer geregelten Arbeit) kann dagegen nicht abgestellt werden. Aus den vorliegenden Berichten des behandelnden Arztes gehen keine konkreten Indizien hervor, die gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens der B.____ vom 9. Mai 2021 sprechen. Diesem ist rechtsprechungsgemäss höherer Beweiswert beizumessen (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Die Berichte des behandelnden Gynäkologen enthalten auch keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Erfahrungsgemäss sagen behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aus. Dies gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt als auch für den behandelnden Spezialarzt, die beide in einem besonderen Vertrauensverhältnis zu den Patienten stehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2021 vom 23. Februar 2022 E. 5.5 mit Hinweisen). Die Berichte des Gynäkologen Dr. med. E.____ vermögen den Beweiswert des B.____-Gutachtens somit nicht zu relativieren.

4.7 Die Begutachtungsergebnisse des B.____-Gutachtens werden auch erhärtet durch die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G.____ vom 28. Mai 2021, wonach das polydisziplinäre B.____-Gutachten nachvollziehbar und schlüssig sei (IV-Nr. 35 S. 2; vgl. E. II. 3.6 hiervor). In seiner im Vorbescheidverfahren eingereichten Stellungnahme vom 24. November 2021 legte der RAD-Arzt nachvollziehbar dar, bei der klinischen Untersuchung im rheumatologischen bzw. orthopädischen Teilgutachten sei keine Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks festgestellt worden. Das von der Beschwerdeführerin mehrfach erwähnte Loch in der Bauchwand, das ihr die grössten Schmerzen bereite, befinde sich in der queren Bauchmuskulatur und habe nichts mit einer Hiatushernie (Zwerchfellbruch) zu tun. Der RAD-Arzt verwies dabei auf den Bericht des C.____ vom 21. September 2017 (Dr. med. D.____, Facharzt Chirurgie FMH, Oberarzt Viszeralchirurgie; vgl. IV-Nr. 39 S. 9). Dieses Leiden sei in der Konsensbeurteilung des B.____-Gutachtens im Rahmen der Konsensbeurteilung unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Unterpunkt der chronischen Bauchbeschwerden aufgeführt worden («Stadium nach Exzision Endometrium mit Faszienresektion, Bauchwandrekonstruktion mit Sublaynetz am 01.10.2013»; IV-Nr. 32.1 S. 11; vgl. E. II. 3.5 und 3.5.3 hiervor). Weitere diesbezügliche Abklärungen seien nicht erforderlich. Auch der Bandscheibenvorfall sei in verschiedenen Teilgutachten thematisiert worden.

Schliesslich seien im Bericht der Lungenpraxis [...] vom 31. August 2017 wiederkehrende atypische Thoraxschmerzen und ein Herzklopfen erwähnt worden, deren Ursache nicht klar gewesen sei. Die Untersuchungen hätten keinen Hinweis auf eine kardiale Genese ergeben. Im allgemein-internistischen Teilgutachten der B.____ seien sowohl die internistische Systemanamnese als auch die Untersuchung unauffällig gewesen. Auch hier seien keine weiteren Abklärungen angezeigt (IV-Nr. 43 S. 2; vgl. E. II. 3.7 hiervor). Dieser nachvollziehbaren Einschätzung des RAD-Arztes ist zu folgen.

5. Nach dem beweiskräftigen Begutachtungsergebnis im B.____-Gutachten vom 9. Mai 2021, auf welches vollumfänglich abzustellen ist, ist die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht in der Lage, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushalthilfe bzw. Raumpflegerin einer Arbeitstätigkeit im Ausmass von 70 % (Arbeitspensum von 100 % mit einer schmerzbedingten Leistungsminderung von 30 %) seit dem Notkaiserschnitt vom 13. Dezember 1999 nachzugehen. Im Weiteren besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Verweistätigkeit (Arbeitspensum von 100 % mit einer psychiatrisch bedingten Leistungsminderung von 20 %) seit dem Notkaiserschnitt vom 13. Dezember 1999. Es besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen, somit auch nicht für das von der Beschwerdeführerin eventualiter geltend gemachte Obergutachten (vgl. Beschwerde, S. 7). Die Beschwerdegegnerin wies in der vorliegend angefochtenen Verfügung darauf hin, die für die Entstehung eines Rentenanspruchs erforderliche Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) sei nicht gegeben (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Bei der gutachterlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im Ausmass von 30 % bzw. derjenigen in einer körperlich weniger anspruchsvollen, angepassten Verweistätigkeit im Ausmass von 20 % und einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Haushalt (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 14) ist dem zuzustimmen, weshalb kein Rentenanspruch besteht. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 3. Mai 2022, worin der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

6.1 Da die Beschwerdeführerin nicht obsiegt, hat sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

6.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 26. August 2022; A.S. 29 f.; vgl. E. I. 2.4 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Somm hat am 1. September 2022 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 1'918.90 (9.61 Std. x CHF 180.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 51.90 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 31 ff.). Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint als angemessen. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'918.90 (Honorar von CHF 1'729.80 zuzüglich Auslagen von CHF 51.90 und MwSt. von CHF 137.20). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

