200 23 75 IV
SCI/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Juni 2023

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Tomic

A._____

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 18. Januar 2023

Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2018 wegen Kniebeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2). Gestützt auf Abklärungen im medizinischen, erwerblichen und häuslichen Bereich (insb. Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] vom 23. Juli 2018 [act. II 25]; Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Januar 2019 [act. II 40]) stellte die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) mit Vorbescheid vom 5. Februar 2019 (act. II 41) der Versicherten bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 50 %; Haushalt: 50 %) ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 1 % die Verneinung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 42) verfügte sie am 13. Mai 2019 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 48). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im September 2021 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. II 53). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen, insbesondere veranlasste sie – nach Einholung von Berichten des RAD vom 14. April und 6. Juli 2022 (act. II 79 und 86) – eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS B._____ (MEDAS B._____; Gutachten vom 15. November 2022 [act. II 101.1 bis 101.6]). Mit Vorbescheid vom 23. November 2022 (act. II 103) stellte sie der Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruches mangels eines Revisionsgrundes in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 2. Dezember 2022 (act. II 108) fest und verneinte mit Verfügung vom 18. Januar 2023 (act. II 115) den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Dagegen erhob die Versicherte am 28. Januar 2023 Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien

ihr eine Invalidenrente zuzusprechen und die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Februar 2023 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdeführerin auf, innert gesetzter Frist ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mittels beigelegtem Formular zu begründen und belegen, wobei bei unbenutztem Fristablauf das Gesuch als zurückgezogen gelte.

Am 10. Februar 2023 teilte die Beschwerdeführerin dem Gericht mit, sie ziehe ihre Beschwerde zurück, da sie "kein Geld habe um dies zu bezahlen".

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. Februar 2023 erläuterte der Instruktionsrichter den Gehalt des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung und verlängerte die Frist zur Einreichung eines begründeten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege. Dieses ging fristgerecht am 27. Februar 2023 beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin reichte am 11. April 2023 ein ärztliches Zeugnis von PD Dr. med. C._____, Facharzt für Anästhesiologie, Spital D._____, vom 11. April 2023 (Akten der Beschwerdeführerin [act. IB] 1) zu den Akten. Am 13. April 2023 liess die Beschwerdegegnerin dem Gericht eine ihr von der Beschwerdeführerin ebenfalls zugestellte Kopie davon zur Kenntnisnahme zukommen. Die Beschwerdeführerin reichte am 6. Juni 2023 ein weiteres ärztliches Zeugnis von PD Dr. med. C._____ vom 6. Juni 2023 zu den Akten (act. IB 2).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. Januar 2023 (act. II 115). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Vorliegend erfolgte die Neuanmeldung im September 2021 (act. II 53). Demnach liegt gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG der frühest mögliche Rentenbeginn nach dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.2.3 hiernach), womit das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 11. Januar 2023, 9C_484/2022, E. 2).

2.1

2.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 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).

2.1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie 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).

2.1.3 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem IV-Grad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze

Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.2

2.2.1 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades 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.

2.2.2 Nach Art. 28a Abs. 2 IVG wird bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung des IV-Grades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; vgl. auch BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

2.2.3 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der IV-Grad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der IV-Grad 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 IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen.

Gemäss Art. 27bis Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) werden für die Bestimmung des IV-Grades von Teilerwerbstätigen die IV-Grade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des IV-Grades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27bis Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von

100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des IV-Grades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27bis Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

2.3 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

2.4

2.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchsrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.4.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2021 (act. II 53) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 13. Mai 2019 (act. II 48) und der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2023 (act. II 115) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.5 hiervor).

3.1 Die rentenverneinende Verfügung vom 13. Mai 2019 (act. II 48) basierte im Wesentlichen auf dem Bericht des RAD-Arztes Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 23. Juli 2018 (act. II 25), worin folgende Diagnosen gestellt wurden (act. II 25 S. 3):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Persistierende Knieschmerzen rechts
    - Differentialdiagnose im Rahmen einer lumboischialgiformen Schmerzmanifestation
    - 21. Februar 2017: mediale Endoprothese des Kniegelenkes rechts bei fortgeschrittener medialer Gonarthrose rechts
    - 17. Oktober 2017: Wechsel der Hemiendoprothese auf Totalendoprothese des rechten Kniegelenkes bei Instabilität der Tibiakomponente
    - 6. April 2018: Single-Photon-Emissionscomputertomografie (SPECT-CT) des rechten Kniegelenkes: Mehrspeicherung des Tibiaplateaus mit Stressreaktion vereinbar, keine Locke-

rungszeichen, kein Nachweis eines Infektes, keine Hinweise auf eine periprothetische Fraktur oder ein Fremdkörpergranulom, Femurrekomponente rechts 3° Varus, 1° Innenrotation, Tibia 2° Varus Slope 8° posterior, 6° Tibiaaussenrotation, keine Mehrspeicherung im Bereich der Patella

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Lumboischialgiforme Beschwerden Bein rechts
    - 20. April 2018: Magnetresonanztomografie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS): unauffälliger Konus medullaris, im Segment L5/S1 geringgradiger rechtsseitiger Prolaps mit möglichem Kontakt zur S1-Wurzel rechts, multisegmentale Fazettengelenksarthrose, keine Spinalkanalstenose
- Aktenanamnestisch metabolisches Syndrom
    - arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II (unter Metfin), Adipositas

Gemäss Aktenlage sei am 21. Februar 2017 bei einer symptomatischen fortgeschrittenen medialen Gonarthrose rechts eine Hemiendoprothese implantiert worden, welche am 17. Oktober 2017 bei einer Instabilität der Tibiakomponente durch eine Totalendoprothese ersetzt worden sei. Es persistierten weiterhin Beschwerden im rechten Knie. Eine am 6. April 2018 durchgeführte SPECT-CT-Untersuchung habe eine Mehrspeicherung des Tibiaplateaus vereinbar mit einer lokalen Stressreaktion, jedoch ohne Lockerungszeichen, gezeigt. Am 18. April 2018 seien eine sehr gute Beweglichkeit und eine gute Stabilität des Kniegelenkes rechts beschrieben worden; postoperativ sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Mai 2018 attestiert worden. Da die lumbalen Beschwerden von der Beschwerdeführerin als ausstrahlende Schmerzen bis zum Fuss geschildert worden seien, sei am 20. April 2018 eine MRT-Untersuchung der LWS durchgeführt worden. Diese habe einen unauffälligen Konus medullaris, im Segment L5/S1 einen geringgradigen rechtsseitigen Prolaps mit einem möglichen Kontakt zur S1-Wurzel rechts und eine multisegmentale Fazettengelenksarthrose, jedoch keine Spinalkanalstenose ergeben. Am 24. Mai 2018 habe PD Dr. med. C._____ eine lumbale Infiltration durchgeführt. Diese habe zu einer vorübergehenden Beschwerdefreiheit geführt, was aus orthopädischer Sicht die symptomatische Fazettengelenksarthrose der unteren LWS mit rechtsseitiger Schmerzausstrahlung bestätige. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes für körperlich mittelschwere

bis schwere Tätigkeiten, für vorwiegendes Gehen und Stehen sowie für Tätigkeiten in gebückter Haltung, in der Hocke und in kniender Position. Vor diesem Hintergrund sei die bisherige Tätigkeit als … nicht mehr zumutbar (act. II 25 S. 3). Zumutbar seien hingegen körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender oder allenfalls vorwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 bis 15 kg ganztags über 8.5 Stunden ohne Leistungsminderung. Zu vermeiden seien vorwiegendes Stehen und Gehen, Zwangshaltungen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Hinunterspringen, Steigen auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen sowie Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition (act. II 25 S. 4).

3.2 Bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 13. Mai 2019 (act. II 48) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.2.1 Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bestätigte gegenüber der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 5. November 2021 (act. II 58), dass sich die Beschwerdeführerin in seiner orthopädischen Behandlung befinde wegen einer medialen Arthrose des linken Kniegelenkes, welche zunehmend schmerzhaft sei. Somit bestehe eine relevante Verschlechterung des Gesamtzustandes. Die Beschwerdeführerin werde aktuell mit einer Infiltration behandelt, es werde der weitere Verlauf abgewartet. Eventuell sei eine totalendoprothetische Versorgung notwendig.

3.2.2 Im Bericht vom 13. Dezember 2021 (act. II 66) diagnostizierte PD Dr. med. C._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei multisegmentalen Intervertebralarthrosen sowie eine beidseitige Gonarthrose bei Status nach einer rechtsseitigen totalendoprothetischen Versorgung (act. II 66 S. 5 Ziff. 2.5). Es seien kaum Ressourcen vorhanden, die Kommunikation sei sprachlich bedingt höchstgradig eingeschränkt (act. II 66 S. 7 Ziff. 3.5). In der bisherigen Tätigkeit in der … bestehe seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden täglich (act. II 66 S. 3 Ziff. 1.3 und S. 7 Ziff. 4.1).

3.2.3 In der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin hielt Dr. med. F._____ am 3. Februar 2022 als Diagnosen eine mediale femorotibiale Arthrose bei einem Varusalignement sowie eine femoropatelläre Arthrose Grad II bis III des linken Kniegelenkes und bekannte weitere Diagnosen fest. Das linke Kniegelenk zeige heute – nach einer am 20. Januar 2022 durchgeführten Infiltration – eine gute Funktion. Die Beschwerdeführerin habe kaum Schmerzen. Sie könne nach Massgabe der Beschwerden belasten. Weitere Kontrollen fänden bei Bedarf statt (act. II 73 S. 2).

3.2.4 Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, stellte im Bericht vom 14. April 2022 folgende Diagnosen (act. II 79 S. 4 f.):

- Chronische, belastungsabhängige Kniebeschwerden beidseits

Knie links:

  - Fortgeschrittene mediale femorotibiale Arthrose bei Varusalignement, femoropatelläre Arthrose Grad II bis III des Kniegelenkes links
  - Gelenksinfiltration vom 20. Januar 2022 (positiver Effekt)
  - Im weiteren Verlauf eine Knietotalendoprothese als einzige Option vorgesehen

Knie rechts:

  - Mediale Endoprothese bei fortgeschrittener medialer Gonarthrose rechts vom 21. Februar 2017
  - Wechsel der Hemiendoprothese auf eine Totalendoprothese des rechten Kniegelenkes bei Instabilität der Tibiakomponente vom 17. Oktober 2017
  - 6. April 2018: SPECT-CT des rechten Kniegelenkes: Mehrspeicherung des Tibiaplateaus mit Stressreaktion vereinbar, keine Lockerungszeichen, kein Nachweis eines Infektes, keine Hinweise auf eine periprothetische Fraktur oder ein Fremdkörpergranulom, Femurrekomponente rechts 3° Varus, 1° Innenrotation, Tibia 2° Varus Slope 8° posterior, 6° Tibiaaussenrotation, keine Mehrspeicherung im Bereich der Patella
  - Persistierende Knieschmerzen

- Chronisches, belastungsabhängiges thorakolumbales Schmerzsyndrom bei
  - multisegmentalen Intervertebralarthrosen/Osteochondrosen
  - repetitiven Infiltrationen seit ca. Mai 2018
- Aktenanamnestisch metabolisches Syndrom
  - Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas

Am 6. Juli 2022 hielt der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ fest, in Bezug auf die chronischen Kniebeschwerden vor allem links sei die im Januar 2022 durchgeführte Infiltration erfolgreich gewesen. Die Beweglichkeit und die Schmerzen hätten sich praktisch normalisiert. Weitere Verlaufskontrollen beim orthopädischen Chirurgen fänden nur noch bei Bedarf statt. Die Implantation einer möglichen Knieprothese stehe aktuell nicht zur Diskussion. Da aus versicherungsmedizinischer Sicht die attestierte anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 80 % wegen chronischer, belastungsabhängiger multisegmentaler thorakolumbaler Beschwerden nicht nachvollziehbar sei, sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie angezeigt (act. II 86 S. 1).

3.2.5 Im polydisziplinären (internistisch-psychiatrisch-orthopädischen) Gutachten der MEDAS B._____ vom 15. November 2022 (act. II 101.1 bis 101.6) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 101.1 S. 7 f. Ziff. 4.3):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Symptomatische Gonarthrose links (ICD-10 M17.1)
    - radiologisch mediale und weniger laterale sowie femoropatelläre Arthrose (MRT vom 27. Oktober 2021)
    - Verdacht auf eine chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) im Gold Stadium II bei Nikotinabusus (ICD-10 J44)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Dorsalgie (ICD-10 M54.80)
    - radiologisch multisegmentale lumbale Degeneration und Diskopathie mit möglicher Affektion der Nervenwurzel S1 rechts (MRT vom 20. April 2018)
- Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z96.6)
    - Status nach Implantation einer medialen Hemiendoprothese vom 21. Februar 2017 (Dr. med. F._____)
    - Status nach Explantation der Hemiendoprothese, negativem Synovasure-Schnelltest und Implantation einer Knietotalendoprothese vom 17. Oktober 2017 (Dr. med. F._____)
    - radiologisch regelrechter postoperativer Befund (Röntgen vom 28. September 2022)
- Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
- Metabolisches Syndrom
    - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9)

        - medikamentös behandelt
        - mit aktuell ungenügender Stoffwechseleinstellung, HBA 1 C 9.3 % (Norm < 6.3 %)
    - Adipositas mit 31 kg/m^2 (ICD-10 E66.0)
    - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10)
    - Dyslipidämie, unbehandelt (ICD-10 K78.2)

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, am 17. Dezember 2018 habe PD Dr. med. C._____ berichtet, dass verschiedene interventionelle Abklärungen insbesondere im Bereich der lumbalen Fazetten- sowie der Iliosakralgelenke kein konklusives Resultat ergeben hätten. Die nochmals veranlasste MRT habe lediglich eine leichtgradige Segmentdegeneration des lumbosakralen Überganges bei einer ansonsten geringen Degeneration gezeigt, welche das starke Ausmass der Beschwerden nicht habe erklären können. Es habe die dringende Notwendigkeit einer rekonditionierenden Physiotherapie bestanden, doch sei das Rehabilitationspotenzial aufgrund der Gesamtsituation mit Sprachbarriere gering gewesen. Gegenüber allzu invasiven Interventionen sei Zurückhaltung geboten gewesen. Der jüngsten Einschätzung von PD Dr. med. C._____ vom 13. Dezember 2021, wonach – bei Diagnosen eines chronischen thorakolumbalen Schmerzsyndroms bei multisegmentalen Intervertebralarthrosen sowie einer beidseitigen Gonarthrose mit Zustand nach einem rechtsseitigen totalen Gelenkersatz – in der bisherigen Tätigkeit in der … seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden täglich bestehe, könne aufgrund der heutigen Untersuchung im Sinne einer fehlenden Indikation für interventionelle sowie rehabilitative Massnahmen gut gefolgt werden (act. II 101.5 S. 8 Ziff. 6.2.3). Am 25. Januar 2017 habe Dr. med. F._____ eine fortgeschrittene mediale Arthrose bei zweitgradigem Knorpelschaden lateral und eine Retropatellararthrose rechts diagnostiziert. Nach der hemiendoprothetischen Versorgung habe der behandelnde Orthopäde am 19. Juli 2017 anamnestisch unveränderte Knieschmerzen festgehalten. Szintigrafisch habe sich gemäss Bericht vom 12. September 2017 eine massive Mehranreicherung über der tibialen Komponente im Sinne einer Lockerung gezeigt ("Wahrscheinlich spielt hier die Adipositas doch eine grössere Rolle"). Nach durchgeführtem Wechsel auf eine Totalendoprothese habe der Orthopäde am 29. November 2017 einen regelrechten Verlauf bei sehr guter Beweglichkeit und Stabilität sowie

radiologisch perfekter Positionierung und Implantatgrösse dokumentiert. In der Folge habe er am 28. Juli 2018 ausgeführt, dass die objektiv fassbaren Parameter eigentlich alle sehr positiv gewesen seien. Gemäss dessen Bericht vom 12. September 2018 habe die lumbale Symptomatik klar im Vordergrund gestanden. Eine erneut durchgeführte SPECT-CT-Untersuchung habe laut Bericht vom 13. Juni 2019 persistierend eine ossäre Stressreaktion ohne klare Implantatlockerung ergeben. Der aktuellsten Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 3. Februar 2022, worin ein objektiv günstiges Resultat nach einem rechtsseitigen Gelenkersatz sowie eine symptomatische Gonarthrose links beschrieben worden seien, könne aufgrund der heutigen Untersuchung durchaus gefolgt werden (act. II 101.5 S. 9 Ziff. 6.2.3). Zur Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht hielt der Gutachter fest, dass in der bisherigen Tätigkeit in der … (spätestens seit dem im Februar 2017 implantierten Kniegelenkersatz) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. II 101.5 S. 10 Ziff. 8.1.1 und 8.1.4). Zu Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation führte er aus, dass sich die geklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen liessen. Grundsätzlich nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck angesichts der degenerativen Veränderungen an linkem Kniegelenk und lumbaler Wirbelsäule, doch lasse die sehr auffallende anamnestische und klinische Präsentation einschliesslich erheblicher Inkonsistenzen an eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponente denken (act. II 101.5 S. 8 Ziff. 6.2.1). Die im Alltag ebenso diffus wie umfassend geltend gemachten Beschwerden könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht nachvollzogen werden (act. II 101.5 S. 8 Ziff. 6.2.2).

Der internistische Gutachter hielt fest, bei begleitendem Nikotinkonsum und produktivem Husten sei am ehesten von einer COPD im Stadium II auszugehen, so dass körperlich anhaltend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr möglich seien (act. II 101.3 S. 6 Ziff. 6.3 lit. a). Ebenso seien Arbeiten in nasser, kalter oder staubiger Umgebung nicht geeignet. Alle anderen Tätigkeiten (worunter auch die bisherige Tätigkeit falle) seien – mit Ausnahme körperlich anhaltend schwerer und mittelschwerer Tätigkeiten – uneingeschränkt zumutbar (act. II 101.3 S. 7 Ziff. 8.1 f.). Es sei ein Nikotinstopp zu empfehlen (act. II 101.3 S. 8 Ziff. 8.3.1). Konsistenz und Plausibi-

lität in der Untersuchungssituation seien aus internistischer Sicht nur teilweise gegeben. Obwohl die Beschwerdeführerin konstant Ellenbogenschmerzen angegeben habe, habe sie sich dennoch mit dem Ellenbogen aufgelehnt, ohne sichtlich unter Schmerzen zu leiden. Das im rechten Bein angegebene Sensibilitätsdefizit sei nicht dermatomgebunden gewesen (act. II 101.3 S. 6 Ziff. 6.2.1).

Der psychiatrische Gutachter konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (act. II 101.4 S. 6 Ziff. 6.3). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen (act. II 101.4 S. 7 Ziff. 8.1.4).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass die bisherige Tätigkeit seit Februar 2017 nicht mehr zumutbar sei (act. II 101.1 S. 9 Ziff. 4.6.1 und 4.6.4). Hingegen bestehe in einer körperlich sehr leichten, angepassten Tätigkeit (immer wieder auch sitzend zu verrichtende, wechselbelastende Arbeiten, ohne Kälte-, Nässe- und Staubexposition, ohne längeres Stehen und Gehen, ohne wiederholtes Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Einnahme kniender und kauernder Positionen) seit Mai 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. II 101.1 S. 9 Ziff. 4.7.1 bis 4.7.4 f.). Grundsätzlich werde bezüglich des linken Knies mittel- bis langfristig die Durchführung eines Gelenkersatzes zu diskutieren sein. Angesichts des Verlaufes auf der Gegenseite sowie der aktuellen klinischen Präsentation sollten aber invasive Massnahmen nur mit grosser Zurückhaltung indiziert werden, da doch eine erhebliche Symptomausweitung bestehe (act. II 101.1 S. 9 f. Ziff. 4.8). Zusammenfassend hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 13. Mai 2019 (act. II 48) geringgradig verändert, indem sich die neue Verdachtsdiagnose einer COPD im Stadium II – in Anbetracht der die Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht einschränkenden Knieproblematik links – nicht zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. act. II 101.1 S. 10 Ziff. 4.9).

3.2.6 Der Hausarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. Dezember 2022 über persistierende Knieschmerzen rechts nach Revision einer Knietotalendoprothese rechts bei

einer Instabilität der Tibiakomponente vom 17. Oktober 2017 (fecit Dr. med. F._____). Die Beschwerdeführerin habe zusätzlich massive Knieschmerzen links, weshalb sie in Behandlung bei Dr. med. F._____ sei. Ferner leide sie unter einer chronischen Rhino-Pharyngo-Laryngitis unklarer Ätiologie (seit mindestens Mai 2015; act. II 114).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2023 (act. II 115) massgeblich auf das Gutachten der MEDAS B._____ vom 15. November 2022 (act. II 101.1 bis 101.6) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und genügt auch den revisionsrechtlichen Ansprüchen (vgl. SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen (vgl. act. II 101.3 bis 101.5) und sind in Kenntnis bzw. Würdi-

gung der Vorakten (act. II 101.2) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet dargestellt. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen (act. II 101.3 S. 7 f. Ziff. 7 f., act. II 101.4 S. 6 bis 8 Ziff. 7 bis 9, act. II 101.5 S. 10 f. Ziff. 7 bis 9) in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (act. II 101.1 S. 6 bis 10 Ziff. 4) ein. Damit kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

3.4.1 Gestützt auf das Teilgutachten der Psychiatrie sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt (act. II 101.4 S. 6 f. Ziff. 6.3 und 8.1.4); Gegenteiliges wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

3.4.2 In somatischer Hinsicht haben die Gutachter der MEDAS B._____ – unter Darlegung der Anamnese, der internistischen und orthopädischen Untersuchungsbefunde und der Verhaltensbeobachtungen während der Begutachtung (act. 101.3 S. 2 bis 5 Ziff. 3 f., act. II 101.5 S. 1 bis 7 Ziff. 3 f.) – schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu eine symptomatische Gonarthrose links (ICD-10 M17.1) sowie der Verdacht auf eine COPD im Stadium II vorliegen (act. II 101.1 S. 7 f. Ziff. 4.3) und aufgrund derer – aus interdisziplinärer Sicht – qualitative Einschränkungen dahingehend bestehen, als die Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie Arbeiten mit Exposition zu Nässe, Kälte und Staub, mit längerem Stehen und Gehen, mit wiederholtem Überwinden von Treppen, mit Gehen auf unebenem Grund, mit Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie in knienden und kauernden Positionen vermeiden sollte (act. II 101.1 S. 9 Ziff. 4.7.1); dieses Zumutbarkeitsprofil entspricht im Wesentlichen demjenigen des RAD-Arztes Dr. med. E._____ vom 23. Juli 2018 (act. II 25 S. 3 f.). Die Gutachter haben sodann einleuchtend begründet, dass sich in einer derart angepassten Tätigkeit keine weitergehende resp. quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe und

diese Einschätzung seit Mai 2018, mithin bereits auch im Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3 hiervor), gegolten hat (act. II 101.1 S. 8 f. Ziff. 4.5 und 4.7); die bisherige Tätigkeit in der … sei seit Februar 2017 aus interdisziplinärer Sicht nicht mehr zumutbar (act. II 101.1 S. 9 Ziff. 4.6.1 und 4.6.4). Die Gutachter sind überzeugend zum Schluss gekommen, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt nur geringgradig und nicht wesentlich verändert haben (act. II 101.1 S. 10 Ziff. 4.9). Diese Beurteilung lässt sich ohne weiteres in das von sämtlichen behandelnden Fachärzten und vom RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ gezeichnete Gesamtbild des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im massgebenden Vergleichszeitraum einfügen (vgl. E. 3.2.1 bis 3.2.4 und E. 3.2.6 hiervor).

Daran vermögen die Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Soweit sie vorbringt, sie habe sich von den Gutachtern der MEDAS B._____ nicht ernst genommen gefühlt (vgl. Beschwerde, S. 2), ist dem entgegenzuhalten, dass die Gutachter im Rahmen ihrer Untersuchungen detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin eingehend auseinandergesetzt haben (act. II 101.3 S. 2 bis 5 Ziff. 3 f., act. II 101.4 S. 1 bis 5 Ziff. 3 f., act. II 101.5 S. 1 bis 7 Ziff. 3 f.). Sodann haben sie entsprechend den festgestellten funktionellen Einschränkungen ein Zumutbarkeitsprofil erstellt. Gleichzeitig haben sie aber auch mit nachvollziehbarer Begründung darauf hingewiesen, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden – welche nach wie vor hauptsächlich den Bewegungsapparat betreffen (act. II 101.1 S. 7 Ziff. 4.2) – weder durch die klinischen noch radiologischen oder infiltrativen Befunde vollständig erklären liessen (act. II 101.5 S. 8 Ziff. 6.2.1). Zwar sei angesichts der degenerativen Veränderungen am linken Kniegelenk und an der lumbalen Wirbelsäule ein gewisser Leidensdruck grundsätzlich nachvollziehbar, jedoch sei aufgrund der sehr auffallenden anamnestischen und klinischen Präsentation zusammen mit den anlässlich der orthopädischen Begutachtung erhobenen Inkonsistenzen – bei einer nicht vorhandenen psychischen Komorbidität – von einer gewissen Symptomausweitung auszugehen (act. II 101.1 S. 7 Ziff. 4.2, act. II 101.5 S. 8

Ziff. 6.2.1). Diese Einschätzung steht denn auch im Einklang mit denjenigen der behandelnden Ärzte Dr. med. F._____ und PD Dr. med. C._____, die bereits früher verschiedentlich auf eine demonstrative Präsentation der Beschwerden ("demonstrativ schmerzgeplagt") resp. auf "kein konklusives Resultat" bezüglich der diversen interventionellen Abklärungen der lumbalen Beschwerden hingewiesen und deshalb von weiteren invasiven Interventionen abgeraten hatten (act. II 17, act. II 44 S. 6). Wenn die Gutachter der MEDAS B._____ bezüglich einer allfälligen prothetischen Versorgung des linken Kniegelenkes gleichermassen zu Zurückhaltung raten (act. II 101.1 S. 9 f. Ziff. 4.8), so überzeugt dies.

Nichts zu ihren Gunsten vermag die Beschwerdeführerin schliesslich auch aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Zeugnissen von PD Dr. med. C._____ vom 11. April und 6. Juni 2023 (act. IB 1 f.) abzuleiten, in welchen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. April bis 31. Mai 2023 und vom 1. Juni bis 31. Juli 2023 attestiert wurde. Zum einen handelt es sich dabei um Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, welche sich auf die bisherige und nicht auf eine leidensangepasste Tätigkeit beziehen (so auch die übrigen von PD Dr. med. C._____ ausgestellten Zeugnisse; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7), und zum anderen betreffen sie einen ausserhalb des hier zu beurteilenden Zeitraums liegenden Sachverhalt, der im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

3.4.3 Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass im massgebenden Vergleichszeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung bzw. Verschlechterung des medizinischen Sachverhalts eingetreten ist. Sodann liegt weder im Erwerbs- noch im Aufgabenbereich eine revisionsrechtlich relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor, welche in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zuliesse (vgl. E. 2.4.5 hiervor), womit die Beschwerde bereits abzuweisen ist. Doch selbst wenn – entgegen dem eben Dargelegten – von einem Revisionsgrund auszugehen und der Rentenanspruch folglich frei zu prüfen wäre (vgl. E. 2.4.5 hiervor), änderte sich am Ergebnis nichts, wie nachfolgend gezeigt wird.

4.

4.1 Den Verfügungen vom 13. Mai 2019 (act. II 48) und 18. Januar 2023 (act. II 115) liegt derselbe Status von 50 % Erwerb und 50 % Aufgabenbereich Haushalt zugrunde. Davon abzuweichen besteht insbesondere mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung in einem Erwerbspensum von 52 % (oder weniger) tätig gewesen war (vgl. act. II 12.4, act. II 19 S. 2 Ziff. 2.9) bzw. seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2008 (act. II 3 S. 7) nie ein Erwerbseinkommen erzielt hatte, welches auch nur annähernd einem vollschichtigen Arbeitspensum entsprochen hat (vgl. Auszug aus dem Individuellen Konto; act. II 64), keine Veranlassung. Seitens der Beschwerdeführerin blieb die Statusfestlegung denn auch unbestritten. Abzustellen wäre somit auch bei einer vollumfänglichen Prüfung – da Hinweise für eine diesbezügliche Veränderung fehlen – weiterhin auf den Status 50 % Erwerb und 50 % Haushalt. Selbst wenn von einem reinen Erwerbsstatus ausgegangen würde, würde sich am Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 4.2.6 hiernach).

4.2

Zu prüfen ist zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich. Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.4.2 hiervor) ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.2.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV).

4.2.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26bis Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbsein-

kommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt, wonach die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend sind. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1bis IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV).

4.2.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Mit Blick auf die im September 2021 erfolgte Anmeldung (act. II 53) fiele der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. März 2022, womit die Invaliditätsbemessung grundsätzlich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen wäre. Da jedoch für das Jahr 2022 im Zeitpunkt des Verfügungserlasses noch nicht alle relevanten lohnstatistischen Zahlen vorgelegen haben, ist der Einkommensvergleich anhand der Zahlen für das Jahr 2021 vorzunehmen.

4.2.4 Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen anhand der Lohnangaben der letzten Arbeitgeberin (I._____ AG; vgl. act. II 19, act. II 40 S. 5 Ziff. 5.2, act. II 115 S. 1 f.). Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht weiterhin dort als … arbeiten würde. Ausgehend von den Angaben der früheren Arbeitgeberin im Arbeitgeberfragebogen vom 28. März 2018 (act. II 19 S. 2 Ziff. 2.9 f.), wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2018

einen Jahreslohn von Fr. 44'433.-- (Fr. 22.04 [inklusive Ferien- und Feiertagsentschädigung und Anteil 13. Monatslohn] x 42 Wochenstunden x 48 Wochen) erzielt hat, ergibt sich aufindexiert auf das Jahr 2021 (BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2021, Abschnitt R, S [Kunst, Unterhaltung und Erholung, sonstige Dienstleistungen], Index Jahr 2018: 107.6 Punkte, Index Jahr 2021: 105.1 Punkte [abrufbar unter <www.bfs.admin.ch>]) ein Valideneinkommen von Fr. 43'401.-- (Fr. 44'433.-- : 107.6 x 105.1).

Anzufügen ist, dass zur Beurteilung eines Parallelisierungsbedarfs (vgl. act. II 40 S. 5 Ziff. 5.2) für den Vergleich auf den Mindestverdienst gemäss Gesamtarbeitsvertrag (GAV) abzustellen ist, bildet dieser doch das Einkommen in der Regel präziser ab als der entsprechende Lohn gemäss LSE des BFS (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Februar 2020, 8C_662/2019, E. 3.3). Der Stundenlohn betrug – wie oben dargelegt – Fr. 22.04 und lag damit über dem gesamtarbeitsvertraglichen Mindestlohn von Fr. 18.80 entsprechend einer … I (vgl. Art. 4.1 und Anhang 5 des GAV für die Reinigungsbranche in der Deutschschweiz, gültig von 2018 bis 2020, welcher mit Bundesratsbeschluss vom 15. Januar 2018 bzw. 18. Oktober 2018 für allgemein verbindlich erklärt wurde [BBl 2018 211, 2018 6759]; vgl. Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 28. September 1956 über die Allgemeinverbindlicherklärung von Gesamtarbeitsverträgen [SR; 221.215.311]). Ein Mindestlohn gemäss GAV kann denn auch nicht als unterdurchschnittlich bezeichnet werden, selbst wenn er erheblich unter dem Lohnniveau gemäss LSE liegt (Entscheid des BGer vom 14. April 2020, 8C_88/2020, E. 3.2.2). Folglich ist von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 43'401.-- auszugehen. Selbst wenn jedoch zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einem (höheren) Valideneinkommen basierend auf dem Tabellenlohn gemäss dem Totalwert der Tabelle TA1 der LSE 2020 ausgegangen würde, würde sich am Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 4.2.6 hiernach).

4.2.5 Da die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohns zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2020 beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Total, Frauen, Kompetenzniveau

1) Fr. 4'276.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2021 (BFS, Tabelle T1.2.10, Total, Index Jahr 2020: 107.9 Punkte, Index Jahr 2021: 108.6 Punkte) als auch an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2021 von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2021, Total) ergibt dies - unter Berücksichtigung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (vgl. E. 4.2 hiervor) - ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 53'840.-- (Fr. 4'276.-- x 12 : 107.9 x 108.6 : 40 h x 41.7 h). Ein leidensbedingter Abzug ist nicht vorzunehmen, da die für einen Abzug vorausgesetzte Schwelle einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit (Art. 26bis Abs. 3 IVV) nicht erreicht wird (vgl. E. 4.2.2 hiervor).

4.2.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 43'401.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'840.-- resultiert offensichtlich keine Einkommenseinbusse. Nichts Anderes würde gelten, wenn (zu Gunsten der Beschwerdeführerin [vgl. E. 4.2.4 am Schluss]) Validen- und Invalideneinkommen auf dem gleichen Tabellenlohn berechnet, mithin je Fr. 53'840.00 betragen würden. In beiden Fällen ergäbe sich im Erwerbsbereich (unabhängig vom Status und damit von der Gewichtung) ein IV-Grad von 0 %.

4.3 Soweit den Aufgabenbereich Haushalt betreffend, ist gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der MEDAS B._____ vom 15. November 2022 (act. II 101.1 bis 101.6) seit Mai 2018 von einer medizinisch-theoretischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit auszugehen. Diese Einschätzung stimmt – wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.4.2 hiervor) – mit derjenigen des RAD-Arztes Dr. med. E._____ vom 23. Juli 2018 (act. II 25 S. S. 3 f.) überein, so dass der darauf (vgl. act. II 40 S. 5 Ziff. 5.1) und auf der damaligen Erhebung vor Ort basierende Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Januar 2019 (act. II 40) nach wie vor vollumfängliche Gültigkeit hat. Folglich ist die Beschwerdeführerin im Bereich Haushalt zu 1.1 % eingeschränkt (act. II 40 S. 9 Ziff. 7.2), was – ausgehend von einem Status von 50 % Aufgabenbereich Haushalt (vgl. E. 4.1 hiervor) – einer gewichteten Einschränkung von 0.55 % (1.1 % x 0.5) entspricht.

4.4 Bei einem fehlenden IV-Grad im erwerblichen Bereich (vgl. E. 4.2.6 hiervor) und einem solchen von 0.55 % im Aufgabenbereich resultiert ein

gesamthafter rentenausschliessender IV-Grad von gerundet 1 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Demnach besteht selbst bei Annahme eines Revisionsgrundes (vgl. E. 3.4.3 hiervor) kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.1.3 hiervor).

4.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2023 (act. II 115) nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin – vorbehältlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.3 hiernach) – zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

5.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Da die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Sinne der Prozessarmut aufgrund der Akten ausgewiesen ist (vgl. Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2023 mitsamt Akten [act. IA]) und die Beschwerde gerade

noch nicht als aussichtslos zu bezeichnen ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.

3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):
   - A._____
   - IV-Stelle Bern
   - Bundesamt für Sozialversicherungen
   - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident: Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.