

200 14 1221 IV  
KNB/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. August 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 2. Dezember 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. Februar 2006 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese sprach ihr mit Verfügung vom 2. April 2008 (AB 44) bei einem Invaliditätsgrad von 48 % ab 1. März 2006 eine Viertelsrente zu. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 47/18 ff.) zog die Versicherte hinsichtlich des Rentenanspruchs zurück (AB 50/3), worauf das Beschwerdeverfahren diesbezüglich mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 10. September 2009, IV/2008/69370 (AB 66), als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde. Im Rahmen einer ordentlichen Rentenrevision wies die IVB mit Verfügung vom 27. August 2010 (AB 81) ein sinngemäss gestelltes Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente (AB 69) ab und bestätigte den bisherigen Rentenanspruch.

Anlässlich einer erneut von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte die Versicherte wiederum eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 90). Daraufhin ermittelte die IVB gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (AB 119) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 126 f.) einen Invaliditätsgrad von 33 % und stellte mit Vorbescheid vom 21. August 2014 (AB 128) die Rentenaufhebung in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 130) hob sie die laufende Rente entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 2. Dezember 2014 (AB 135) auf Ende des der Verfügung folgenden Monats auf.

### **B.**

Mit Eingabe vom 18. Dezember 2014 erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei ersatzlos aufzuheben, eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 2. Dezember 2014 (AB 135). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Viertelsrente zu Recht auf Ende des der Verfügung folgenden Monats – mithin per 31. Januar 2015 – aufhob.

**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.**

**2.1** 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

**2.3.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Aus-

wirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

**2.3.2** Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

**2.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.5** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.5.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad 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 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.5.2** 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 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.5.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2). Die

weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74<sup>ter</sup> lit. f der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74<sup>quater</sup> Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 74<sup>quater</sup> IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2, 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1).

### **3.**

**3.1** Der Anspruch auf die am 2. April 2008 (AB 44) zugesprochene Viertelsrente wurde mit Verfügungen vom 27. August 2010 (AB 81) bestätigt. Dieser Verwaltungsakt fusste indes nicht auf einer allseitigen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, es wurden lediglich Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte eingeholt (AB 71, 74) bzw. von der Ausgleichskasse der Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; AB 70) ediert und die Akten dem RAD vorgelegt (AB 75). Weil diese Verfügung keine auf umfassenden Abklärungen beruhende Vergleichsbasis darstellt, ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 2. April 2008 (AB 44) mit jenem der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2014 (AB 135) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hiervor).

**3.2** Die rechtskräftige Verfügung vom 2. April 2008 (AB 44) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären (internistischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der MEDAS B. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2007 (AB 33). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (AB 33/9 lit. A Ziff. 4.1):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
3. Zustand nach linkshirnigem Insult (im Jahr 2004)
4. Chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei/mit:

- kongenitaler statisch ungünstiger lumbosakraler Übergangs-anomalie mit Nearthrose zwischen den Querfortsätzen L5 und dem Sakrum beidseits
  - dekompensiertem Hohl-Rundrücken, verschlimmert durch eine anhaltende statische Fehl- und Überbelastung bei Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] 34 kg/m<sup>2</sup>)
5. Beginnende Retropatellararthrose beider Kniegelenke bei kongenita-ler statisch ungünstiger Patelladysplasie

Die Gutachter attestierten sowohl für die bisherige Beschäftigung als auch für eine Verweisungstätigkeit (wechselbelastende bzw. einfache geistige Arbeiten mit geringer Verantwortung, maximaler Sitz- und Stehdauer von jeweils 15 Minuten sowie einem Hebe- und Tragelimit von fünf Kilogramm) eine Restarbeitsfähigkeit von sechs Stunden täglich bei einer Leistungs-fähigkeit von 80 % (AB 33/11 ff. lit. C Ziff. 4 f. und 13 f.). Sie erklärten unter anderem, prognostisch könne bei laufender psychiatrischer und psychothe-rapeutischer Fachbehandlung das Niveau der Arbeitsfähigkeit auf 100 % angehoben werden, die orthopädische Pathologie begründe hingegen dau-erhaft eine Leistungsminderung von 20 % (AB 33/11 lit. B).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2014 (AB 135) stützt sich hauptsächlich auf die polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, psychiatrische, orthopädische) Expertise der Stiftung MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 24. April 2014 (AB 119). Darin figurieren die nachstehenden Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeits-fähigkeit (AB 119.1/54 Ziff. 8.1.1):

- Rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelgradige depres-sive Episode
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.1)
- Beginnende Femoropatellararthrose beidseits (ICD-10: M17.1)
- Spondylarthrose und Übergangsstörungen lumbosakral (ICD-10: M19.8)
- Chronische Migräne ohne Aura
  - aktuell keine Hinweise auf einen Analgetika-Übergebrauchs-kopfschmerz
- Verdacht auf transitorisch ischämische Attacke in den Jahren 2004 und 2006 mit/bei:
  - klinisch: brachio-fasziales, senso-motorisches Hemisyndrom, Seite unklar, im Verlauf unvollständig regredient, jedoch ohne relevante funktionelle Beeinträchtigung
  - Differentialdiagnose: Konversionsstörung
  - vaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hypercholeste-rinämie/Dyslipidämie, Adipositas

Die Experten gelangten zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand insgesamt nicht verschlechtert habe. Vielmehr sei aus psychiatrischer Sicht eine leichte, aber relevante Besserung mit weniger ausgeprägter depressiver Symptomatik eingetreten (AB 119.1/39 f. Ziff. 5.4.2 f., 119.1/58 Ziff. 8.2.3 f.). Sie erachteten die angestammte Tätigkeit seit Dezember 2007 als nicht mehr zumutbar, wobei die orthopädische Einschätzung führend sei (AB 119.1/59 Ziff. 9.1.1 f.). Für leidensadaptierte Tätigkeiten (einfache und angelernte körperlich wechselbelastende Arbeiten, die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer oder die emotionale Belastbarkeit bzw. an feinmechanische, bimanuelle Verrichtungen stellen, unter Ausschluss von: rein stehenden Arbeiten, einem Verharren in Inklination des Oberkörpers, Rotationsbewegung, wiederholtem Überwinden von Treppen und Leitern, ausgesprochenem Stress und Lärm sowie unregelmässigen Arbeitszeiten) bescheinigten sie eine Restarbeitsfähigkeit von 60-70 %, wobei die orthopädische und psychiatrische Sicht führend seien (AB 119.1/60 Ziff. 9.2.1). Sie empfahlen eine schrittweise Wiedereingliederung – beginnend mit etwa fünf bis sechs Stunden täglich und einer weiteren Steigerung innerhalb von einem Monat bis zwei Monate auf sieben Stunden, dabei sei eine Leistungsminderung von etwa 10 % zu beachten (AB 119.1/61 Ziff. 9.3).

**3.4** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Das Verlaufsgutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ (AB 119) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Zwar fällt auf, dass die MEDAS C.\_\_\_\_\_ die

diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung – anders als noch die MEDAS B.\_\_\_\_\_ (AB 33/9 Ziff. 4.1 Ziff. 2) – mit F45.1 der ICD-10 (undifferenzierte Somatisierungsstörung) klassifizierte (AB 119.1/41 Ziff. 5.5.1 Lemma 2, 119.1/54 Ziff. 8.1.1 Lemma 2). Dies ist jedoch nicht relevant, da die Gutachter rein bezogen auf diese Diagnose keine Veränderung ausgemacht haben. Gleichzeitig ändert dies nichts daran, dass sie anhand der Befundlage nachvollziehbar Veränderungen dargestellt und daraus geringere Einschränkungen abgeleitet haben.

Es bestehen keine Arztberichte, die geeignet wären, die überzeugende Expertise in Zweifel zu ziehen. Zwar beschrieb der behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. Oktober 2012 noch einen stationären Verlauf (AB 91) und auch der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 1. November 2012 von einem unveränderten Gesundheitszustand (AB 92). Die RAD-Ärzte Dres. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gingen damals jedoch nachvollziehbar von einem unklaren Gesundheitszustand aus (AB 96, 98), weshalb die polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung letztendlich erforderlich wurde. In ihren neuerlichen Stellungnahmen vom 15. bzw. 16. Juli 2014 (AB 126 f.) schlossen sich die beiden RAD-Ärzte dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil an. Die Beschwerdeführerin hat nicht näher dargelegt, inwiefern auf die Beurteilung im besagten Gutachten bzw. auf die damit übereinstimmende Einschätzung der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ ihres Erachtens nicht abgestellt werden können soll. Sie beschränkte sich im Wesentlichen darauf zu erklären, sie sei psychisch sehr labil, die Rentenaufhebung bedeute für sie einen psychischen Absturz und sie möchte nochmals durch die MEDAS-Gutachter untersucht werden. Wohl postulierten die neu behandelnden Dres. med. H.\_\_\_\_\_ (ohne Facharztstitel) und I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im undatierten (am 3. November 2014 eingelangten) Bericht (AB 134) tatsächlich eine Zustandsverschlechterung nach der in Aussicht gestellten Rentenrevision mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Dabei handelt es sich jedoch offensichtlich um ein reaktives Geschehen, welches keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Ent-

scheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3). Angesichts des uneingeschränkten Beweiswerts des Verlaufsgutachtens besteht auch keine Veranlassung zur Vornahme weiterer medizinischer Erhebungen bzw. zur erneuten Untersuchung der Beschwerdeführerin durch die MEDAS-Experten.

**3.6** Nach dem Gesagten steht aufgrund des beweiskräftigen Gutachtens der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 24. April 2014 (AB 119) fest, dass im Vergleich zum Referenzzeitpunkt eine relevante Änderung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist, die sich nicht nur in einer günstigeren Diagnose (indem neu allein eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde [AB 119.1/54 Ziff. 8.1.1]), sondern auch in einer medizinisch-theoretisch höheren Restarbeitsfähigkeit niederschlägt: Während aus psychiatrischer Optik ursprünglich noch eine Arbeitspensum von 70 % mit um 20 % reduziertem Rendement möglich war (AB 33/34 Ziff. 4) – mithin eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 56 % bestand –, beträgt die Arbeitsfähigkeit gemäss psychiatrischem Teilgutachten nunmehr 60-70 % (AB 119.1/42 Ziff. 5.6.3). Wie die Beschwerdegegnerin richtigerweise dargelegt hat (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 8), ist bei dieser Ausgangslage das Vorliegen eines Revisionsgrundes erstellt und der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob die ursprüngliche Rentenverfügung vom 2. April 2008 (AB 44) im wiedererwägungsrechtlichen Sinn (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG) zweifellos unrichtig war, weil die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bereits auch nach der damaligen höchstrichterlichen Praxis als überwindbar hätte qualifiziert werden müssen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 3. Juni 2008 [AB 49]). Die Frage nach der invalidisierenden Wirkung dieser Diagnose stellt sich allerdings auch im vorliegenden Verfahren, denn gemäss MEDAS-Verlaufsexpertise besteht aus rein somatischer Sicht aufgrund der orthopädischen Beeinträchtigungen eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (AB 119.1/46 Ziff. 6.6.3). Es ist somit anhand der sog. Standardindikatoren (vgl. E. 2.3.2 hiervor) zu prüfen, ob die aus psychiatrischer Optik attestierte höhere Arbeitsunfähigkeit überhaupt zu berücksichtigen ist. Im noch vor der Praxisänderung erstellten psychiatrischen Verlaufsgutachten (AB 119) ist dabei in intertemporalrechtlicher Hinsicht eine schlüssige Beurteilung im Lichte des mittlerweile

massgeblichen Prüfungsrasters zu erblicken (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

#### **4.**

**4.1** Vorab nachzugehen ist der Frage, ob die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich im Rahmen der Verlaufsbeurteilung Hinweise auf eine Aggravation sowie diverse Inkonsistenzen ergaben. So fanden sich gemäss dem psychiatrischen Gutachter Aggravationstendenzen sowie ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn bei einem dysfunktionalen Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten; die Explorandin soll es geschafft haben, sich ein dysfunktionales Hilfesystem einzurichten, das sie überwiegend selber kontrolliere (AB 119.1/42 Ziff. 5.9, 119.1/58 Ziff. 8.2.4). Zudem war sie anlässlich der neurologischen Exploration desorientiert (falscher Wochentag, falscher Monat, falsches Jahr [AB 119.1/49 Ziff. 7.3.1]), während die Hauptgutachterin sie kurz vorher (AB 108/1) noch als klar im Bewusstsein beschrieb (AB 119.1/34 Ziff. 4.1). Des Weiteren wies der neurologische Gutachter im Zusammenhang mit der Symptomatik der fraglichen zerebralen Ischämie auf Widersprüchlichkeiten zwischen den subjektiven Angaben und den medizinischen Berichten hin (AB 119.1/51 Ziff. 7.4.3). Der Orthopäde bezeichnete die Kooperation der Explorandin als mässig (AB 119.1/43 Ziff. 6.1) und erklärte, es finde sich an ihrem Körper keine Stelle, die palpatorisch nicht zu Schmerzen führe, wobei der grösste Teil dieser Beschwerden nicht objektiviert werden könne, so dass die schlechte Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar sei (AB 119.1/47 Ziff. 6.9). Angesichts dieser Ausschlussgründe verbietet sich die Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung, zudem sprechen auch die Standardindikatoren gegen eine funktionelle Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung (vgl. E. 4.2 f. hiernach).

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

**4.2.1** Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**4.2.1.1** Die Beschwerdeführerin ist in der Lage, Spaziergänge zu machen, sich mit ihren Kindern zu unterhalten, mit ihnen Unternehmungen durchzuführen und auch mit ihrer Schwester regelmässig Kontakt zu halten (AB 119.1/41 Ziff. 5.4.4). Dies deutet auf in weiten Teilen erhaltene Alltagsfunktionen hin, was mit den Schmerzangaben (diffuse ubiquitäre Schmerzen bei blosser Palpation [AB 119.1/47 Ziff. 6.9]) nicht vereinbar ist. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) fällt vor diesem Hintergrund ausser Betracht (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C\_367/2015, E. 3.3.2)

**4.2.1.2** Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) fällt auf, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Verlaufsbeurteilung angab, lediglich alle drei bis vier Wochen mit Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ein Gespräch von etwa 10-50 Minuten zu führen und dass sie dabei meist von den Kindern begleitet werde (AB 119.1/33 Ziff. 3.4.2, 119.1/37 Ziff. 5.2.1). Sie zeigte zudem in Bezug auf eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inkl. Psychopharmakotherapie eine eher ambivalente Motivation (AB 119.1/39 Ziff. 5.3.1). Dass sich dabei kein eigentlicher Behandlungserfolg einstellte, dürfte auf das Therapiesetting und die motivationalen Aspekte zurückzuführen sein. Problematisch erscheint insbesondere, dass die Kurz Sitzungen im Beisein der Kinder stattfanden, zumal dabei wohl ebenfalls die psychosozialen Belastungsfaktoren in Form der gravierenden Eheprobleme zu thematisieren gewesen wären (AB 119.1/31 Ziff. 3.1.3, 119.1/33 Ziff. 3.5, 119.1/36 Ziff. 5.2.1, 119.1/38 Ziff. 5.2.3, 119.1/39 Ziff. 5.4.1). Die ab September 2014 behandelnden Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ äusserten sich nicht zur Frequenz bzw. zum Setting der ambulanten Therapie, sie empfahlen jedoch eine teilstationäre Behandlung im ... der ... (...; AB 134/2 Ziff. 1.5), was auf weiterhin vorhandene Therapieoptionen hindeutet. Bei dieser Ausgangslage verbietet sich die Annahme einer Behandlungsresistenz. Dieser Indikator spricht somit gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

**4.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Die degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat führen zu einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule und beider Knie (AB 119.1/46 Ziff. 6.4.4), dies schlägt sich aber höchstens in einem vermehrten Pausenbedarf und einer belastungsabhängig eingeschränkten Leistungsfähigkeit nieder (AB 119.1/46 Ziff. 6.6.3). Die leichte bis mittelgradige depressive Episode der rezidivierenden depressiven Störung fällt nicht ins Gewicht, da sie mit adäquater antidepressiver Medikation gut behandelbar ist und es damit an einer therapieresistenten invalidisierenden psychischen Störung sowie folglich auch an einer relevanten psychischen Komorbidität fehlt (vgl. Entscheid des BGer vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 4.2).

**4.2.2** Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegenstehe, bestehen keine Anhaltspunkte. Es fanden sich lediglich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und selbstunsicher-vermeidenden Anteilen, diese unter Z73 der ICD-10 zu klassifizierenden Probleme stellen keine Krankheit oder Schädigung dar (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2) und der entsprechenden Nebendiagnose wurde folgerichtig keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt (AB 119.1/54 Ziff. 8.1.2).

**4.2.3** Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht klar gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. Der soziale Rückzug wurde seitens der Experten denn auch als geringgradig betrachtet (AB 119.1/40 Ziff. 5.4.3). Die Beschwerdeführerin unternimmt mit ihren Kindern längere Spaziergänge, geht gerne im Laden neben dem Haus einkaufen, es war ihr möglich Ferien in ihrer Heimat zu verbringen und sie steht in regelmässigem Kontakt zu ihrer Schwester

(AB 119.1/31 Ziff. 3.1.3, 119.1/36 Ziff. 5.2.1, 119.1/37 Ziff. 5.2.3, 119.1/39 Ziff. 5.4.1, 119.1/41 Ziff. 5.4.4).

**4.3** In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex Gesundheitsschaden (psychische/somatische Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) noch im Komplex Persönlichkeit (persönliche Ressourcen; sozialer Kontext) eine negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. BGer 9C\_367/2015, E. 4). Damit ist aus rechtlicher Sicht allein die somatisch begründete Einschränkung von 20 % massgebend. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage.

## 5.

**5.1** 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).

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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**5.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**5.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

## **5.2**

**5.2.1** Die Beschwerdegegnerin hat für das Valideneinkommen den Jahreslohn von Fr. 53'300.-- aus der Verfügung vom 2. April 2008 (AB 44) übernommen und auf das Jahr 2014 aufindexiert (AB 135/2). Das damalige

Valideneinkommen basierte auf den Angaben der letzten Arbeitgeberin betreffend das Jahr 2004 (Fr. 4'100.-- x 13 Monate; AB 10/2 Ziff. 20). Unter Berücksichtigung der seitherigen branchen- und geschlechtsspezifischen Lohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2014 ein Valideneinkommen von Fr. 61'410.-- (Fr. 53'300.-- / 115.7 x 127.2 [BFS, Tabelle T1.2.93, Nominallohnindex, Frauen, NOGA-Abschnitt G/H, Index 2004 bzw. 2010] / 100 x 104.8 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, NOGA-Abschnitt G, Indexbasis 2010 bzw. Index 2014]).

**5.2.2** Die Beschwerdeführerin hat keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, weshalb die Beschwerdegegnerin sich beim Invalideneinkommen zulässigerweise auf die statistischen Werte der LSE stützte. Ausgehend von der LSE 2012, aufindexiert auf das Jahr 2014 sowie angepasst an die Restarbeitsfähigkeit von 80 %, resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 41'798.-- (Fr. 4'112.-- [BFS, LSE 2012, Tabelle TA1, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total 2014] / 102.0 x 103.6 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Total 2012 bzw. 2014] x 80 % Restarbeitsfähigkeit). Die Beschwerdegegnerin hat ohne Begründung einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug von 10 % zugelassen, was jedoch nicht gerechtfertigt ist. Denn der Beschwerdeführerin ist eine 80%ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer ganztägigen Präsenz (vollschichtig) zumutbar. In dieser Konstellation ist kein Abzug wegen Teilzeitarbeit vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C\_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 9.2), zudem fallen auch die anderen möglichen Aspekte hier nicht ins Gewicht.

**5.3** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.4 hiervor) Invaliditätsgrad von 32 % ([Fr. 61'410.-- ./ Fr. 41'798.--] / Fr. 61'410.-- x 100). Selbst unter Berücksichtigung eines an sich nicht gerechtfertigten leidensbedingten Abzugs von 10 % ergäbe sich kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad. Diesfalls würden das Invalideneinkommen Fr. 37'618.-- (Fr. 41'798.-- ./ 10 %) und der Invaliditätsgrad aufgerundet 39 % betragen ([Fr. 61'410.-- ./ Fr. 37'618.--] / Fr. 61'410.-- x 100). Der verfügte Zeitpunkt der Rentenauf-

hebung (AB 135/3) ist korrekt. Die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2014 (AB 135) ist im Ergebnis somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**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.