

200 14 632 IV
SCI/REL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____

Beschwerdeführer



gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. Juni 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) lebt seit 1999 in der Schweiz. Am 18. Januar 2006 meldete er sich wegen Rückenbeschwerden und -schmerzen sowie einer Seheinschränkung auf dem linken Auge bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1). Die IVB nahm in der Folge Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor, liess den Versicherten interdisziplinär (neurochirurgisch und psychiatrisch) begutachten (AB 21 und AB 22) und verneinte mit Verfügung vom 19. Dezember 2006 den Anspruch auf eine Rente, da ihm jede leichte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar war (AB 24). Die beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern dagegen erhobene Beschwerde (AB 29) wurde mit Urteil vom 26. April 2007, IV 67688 (nachfolgend: VGE IV 67688), abgewiesen (AB 33).

Nach erneuter Anmeldung zum Leistungsbezug im Juli 2008 unter Angabe von Schwerhörigkeit (AB 37), erteilte die IVB am 11. Februar 2009 Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (AB 41).

Am 24. September 2012 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf „diverse körperliche und psychische Beeinträchtigungen“ und eine posttraumatische Störung ein weiteres Mal zum Leistungsbezug an (AB 45). Nachdem die IVB mit Vorbescheid vom 9. April 2013 in Aussicht gestellt hatte, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten, da eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht glaubhaft dargelegt worden sei (AB 52), reichten sowohl der Versicherte (AB 53) wie auch sein behandelnder Arzt (AB 56) medizinische Berichte ein. Die IVB nahm daraufhin weitere Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und liess durch die MEDAS ein interdisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie und Innere Medizin erstellen (AB 79.1).

Gestützt auf dieses Gutachten und einen Abklärungsbericht Haushalt (AB 81) wies die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 82)

das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. Juni 2014 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 0 % ab (AB 91).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit undatierter Eingabe (Postaufgabe: 30. Juni 2014) und nach zweimaliger Aufforderung zur Beschwerdeverbesserung innerhalb der noch laufenden Beschwerdefrist mit Schreiben vom 25. Juli 2014 (Postaufgabe: 6. August 2014) Beschwerde und beantragte deren Aufhebung zwecks weiterer medizinischer Abklärungen.

Am 19. und 24. September sowie am 6. Oktober 2014 reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) mit welcher über den Rentenanspruch befunden wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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).

2.2 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

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, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

2.4 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 132 V 93 E. 4 S. 99). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 24. September 2012 (AB 45) eingetreten und hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell geprüft. Die Behandlung der Eintretensfrage, d.h. ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft geltend gemacht wurde, ist somit vom Gericht nicht zu überprüfen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.).

Hingegen ist vorab zu prüfen, ob zwischen der ursprünglichen rentenabweisenden Verfügung vom 19. Dezember 2006 (AB 24), welche mit VGE IV 67688 (AB 33) bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht, die geeignet ist, den IV-Grad und damit einen

allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen, eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hier-
vor).

3.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in
der Verfügung vom 19. Dezember 2006 (AB 24) auf das interdisziplinäre
Gutachten vom 27. September 2006 (AB 21) bzw. vom 19. Oktober 2006
(AB 22).

In ihrem Gutachten vom 27. September 2006 (AB 21) diagnostizierte
Dr. med. B. _____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, mit Auswirkung
auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudo-
radikulärer Ausstrahlung links mit/bei guter Beweglichkeit der Lendenwir-
belsäule ohne radikuläre Störung oder Nervendehnungsschmerz und leicht-
er degenerativer Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule (S. 10
Ziff. 4.1). Für die vom Beschwerdeführer beschriebenen anhaltenden lum-
balen Schmerzen finde sich weder in der neurologischen Untersuchung
eine Erklärung noch lasse sich radiologisch/neuroradiologisch ein entspre-
chendes Korrelat nachweisen. Eine Arbeitsunfähigkeit könne zurzeit auf-
grund der aktuellen Untersuchungsbefunde nicht festgestellt werden, für
eine leichte Tätigkeit liege eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor
(S. 11). Die bisherige Tätigkeit könne unter der Annahme, dass nur selten
Gewichte über fünf Kilogramm gehoben werden müssten, uneingeschränkt
weitergeführt werden (Ziff. 2).

Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
hielt im Gutachten vom 19. Oktober 2006 (AB 22) als Diagnosen einen Sta-
tus nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), Schwierig-
keiten bei der kulturellen Integration (ICD-10: Z60.3) sowie eine Dysthymie
(ICD-10: F34.1) fest (S. 4 Ziff. 4). Insgesamt sei aus psychiatrischer Sicht
kein Gesundheitsschaden zu definieren, welcher die Arbeitsfähigkeit ein-
schränke (S. 6). Es beständen mässig ausgeprägte psychische Beschwer-
den, welche aber keine massgeblichen negativen Auswirkungen auf die
bisherige Tätigkeiten hätten, weshalb diese weiterhin im vollen Ausmass
zumutbar seien (S. 6 f.).

Nach interdisziplinärer Beurteilung lasse sich weder aufgrund der psychia-
trischen noch der neurochirurgischen Befunde eine Arbeitsunfähigkeit

nachweisen und dem Beschwerdeführer sei eine leichte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (AB 22 S. 8).

3.2 Zur Beurteilung der Frage, ob sich im massgeblichen Zeitraum seit der rentenabweisenden Verfügung vom 19. Dezember 2006 (AB 24) bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) eine Änderung der medizinischen Situation ergeben hat, ist den umfangreichen medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. D. _____ hielt in ihrem Bericht vom 11. Juni 2014 (AB 63) folgende Diagnosen fest: chronische multilokuläre Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren; rezidivierende Episoden von flüchtigen Synovitiden unklarer Ätiologie; chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei multietageren Facettenarthrosen; Status nach Dekompression L4/L5 mit Sequestrektomie; Periarthropathia humeroscapularis beidseits; chronische Abdominalbeschwerden mit rezidivierender Diarrhoe sowie eine mittelschwere Depression bei posttraumatischer Belastungssituation und bestehender psychosozialer Belastungssituation (S. 2 Ziff. 1.1). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar und es könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.7 und Ziff. 1.9).

3.2.2 Im Bericht vom 13. August 2013 (AB 68 S. 7 f.) hielt der behandelnde Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fest, dass beim Beschwerdeführer die Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit anhaltender leichter Persönlichkeitsveränderung und eines chronischen Rückenschmerzsyndroms vorlägen. Er sei als ... wiederholt im Gefängnis gefoltert worden und sei sehr ängstlich und gegenüber seinen Kindern überprotektiv, habe immer wieder Albträume und Flashbacks, reagiere insbesondere sehr ängstlich bei Präsenz von Polizei und erlebe unter Stress dissoziative Episoden und Depersonalisierungserlebnisse. Dazu kämen immer wieder schwere Schlafstörungen und Schmerzschübe von Seiten des chronischen, schweren Rückenleidens. Dauernd seien Konzentrationsstörungen und körperliche Erschöpfung präsent. Die berufliche Leistungsfähigkeit als ... schätze er auf 50 % (S. 3).

3.2.3 Im MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) diagnostizierten die Fachärzte nach interdisziplinärer Besprechung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit eine ängstlich-depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2), ein lumboradikuläres Syndrom links bei Zustand nach Dekompressionsoperation L4/5 links mit Sequestrektomie, einen Verdacht auf Oligoarthritis unklarer Denomination, klinisch aktuell wahrscheinliche Coxitis links sowie eine Coxarthrose links leichten bis mässigen Grades (S. 22 f. Ziff. E.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert (S. 23 Ziff. E.2).

Aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, fest, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) vorliege, welche sozialmedizinisch für die Arbeitsfähigkeit keine Relevanz habe, weil die sogenannten Foerster-Kriterien nicht hinlänglich erfüllt seien (S. 21). Darüber hinaus bestehe eine gemischt ängstlich-depressive Störung mit Beeinträchtigung der Affektregulation, welche zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 % führe. Der Beschwerdeführer sei aber in der Lage, 8,5 Stunden täglich einer seinem körperlichen Leistungsprofil und seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeit nachzugehen, so dass aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % attestiert werde. Gegenüber der Vorbegutachtung durch Dr. med. C._____ (AB 22) sei eine leichte Akzentuierung im psychopathologischen Befund zu verzeichnen, insbesondere betreffend ängstlich-depressive Symptomatik (S. 22).

Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt die Diagnosen eines lumboradikulären Syndroms links bei Zustand nach Dekompressionsoperation L4/5 links mit Sequestrektomie, eines Verdachts auf Oligoarthritis unklarer Denomination sowie einer Coxarthrose links leichten bis mässigen Grades fest (AB 79.2 S. 7). Die frühere und aktuelle Tätigkeit als ... könne mit einer Leistungsreduktion von geschätzten 20 % weiterhin zugemutet werden, die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (S. 9).

PD Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Facharzt für Gastroenterologie FMH, konnte aus internistischer Sicht weder Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch solche ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (AB 79.3 S. 4 Ziff. 4). Der Beschwerdeführer habe keine rein internistischen Krankheiten und es bestehe aus internistischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 5).

Nach interdisziplinärer Besprechung gelangten die Fachärzte der MEDAS zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, Tätigkeiten, die seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten (AB 79.1 S. 24). Die bisherige Tätigkeit als ... und ... sei zu 8,5 Stunden täglich mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % möglich, womit eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % bestehe. Auch in Verweistätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 25). Die vorliegenden Arztberichte spiegelten den Verlauf gut wieder und gegenüber dem psychiatrischen Gutachten vom 19. Oktober 2006 (AB 22) zeige sich eine etwas verstärkte, psychische Beeinträchtigung mit allerdings weiterhin eher geringen funktionellen Beeinträchtigungen aus psychiatrischer Sicht (S. 24). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche in der Vergangenheit ebenfalls diskutiert worden sei, könne nicht mehr bestätigt werden. Die in der Vergangenheit aufgeworfene Diagnose der Dysthymia sei zu Gunsten einer gemischt ängstlich-depressiven Störung verlassen worden, weil neben leichten depressiven Anteilen auch einzelne Angsteffekte aufträten, welche diagnostisch Berücksichtigung finden sollten. Darüber hinaus zeige sich das Bild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Aus internistischer Sicht stimmten die Befundberichte mit den Erhebungen überein und aus rheumatologischer Sicht sei die Verlaufsdarstellung in sich konsistent und in der Vergangenheit seien keine Hinweise auf ein mögliches entzündlich-rheumatisches Geschehen dokumentiert worden. Rückblickend betrachtet habe sich die Schmerzproblematik seit 2011 verstärkt und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei aus Sicht der Gutachter seit Oktober 2012 (Hospitalisation Spital I._____) ausgewiesen. Im Hinblick auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei festzuhalten, dass die sogenannten Foerster-Kriterien nicht hinlänglich erfüllt seien (S. 28). Es mangle an

einer ausgewiesenen, ausreichend schweren Komorbidität, ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen liege ebenfalls nicht vor. Ein therapeutisch unbeeinflussbarer, primärer Krankheitsgewinn könne nicht festgestellt werden und der bisherige Behandlungsverlauf sei zwar unbefriedigend, eine intensivierete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei aber erst vor zwei Monaten eingeleitet worden, so dass von einer Therapieresistenz keinesfalls die Rede sein könne. Schliesslich seien bislang nicht alle pharmakotherapeutischen Optionen ausgeschöpft worden.

3.2.4 Im Bericht vom 4. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 19. September 2014) nannten die Fachärzte des Spitals J._____ folgende Diagnosen: Komplexe Traumafolgestörung nach multiplen PTSD-Erlebnissen; Sensomotorisches L4-Syndrom, motorisches L5-Syndrom; Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen; Action pronesse Schmerzausweitungsstörung mit somatosensorischem Priming; Schmerzstörung nach extremen Gewalterfahrungen, die noch viele Jahre nach der Exposition zu schweren Krankheitsbildern und Störungen führen; Persistierende Quadricepsschwäche links, Kniebeugerschwäche links, Fussheber- und Fussenskerschwäche links als auch rechts; Persistierende Hyposensibilität im Bereich des Unterschenkels medial und Fussinnenseite links; Diskrete Parese der Adduktorengruppe links; Schmerzassoziierte Wesensveränderung (Schmerzverstärkung durch Retraumatisierungen). Die aktuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit liege zwischen 30 % und 50 % (S. 8). Es bestehe durch die Traumatisierung und Traumafolgekrankheiten insgesamt eine erhebliche Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen des Alltags, die gewissen Schwankungen unterworfen sei. Der Beschwerdeführer könne sich seine Arbeit als ... entsprechend seinem Allgemeinzustand und mit einem Stressmanagement und Unterstützung der Selbstfürsorge selber gut einteilen.

3.2.5 Dr. med. D._____ wiederholte in ihrem Bericht vom 17. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 24. September 2014) die bereits im Bericht vom 11. Juni 2014 (AB 63) gestellten Diagnosen und ergänzte diese um einen Status nach mehrfachen Nasenbeinfrakturen im Rahmen von Folterung und Misshandlung in seinem Heimatland. Weiter

fürte sie zusätzlich aus, dass der Beschwerdeführer aus hausärztlicher Sicht zwischen 30 % und 50 % arbeitsfähig sei, wobei grosse tagesabhängige Schwankungen beständen.

3.2.6 Im Bericht vom 1. Oktober 2014 (in den Gerichtakten, eingegangen am 6. Oktober 2014) nahm Dr. med. E. _____ aus Sicht des betreuenden psychosomatischen Arztes Stellung und hielt fest, dass das MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) zwar formal korrekt sei, dass es sich aber beim Beschwerdeführer um einen Menschen handle, der schwerste repetitive Gewalterfahrungen habe machen müssen und deshalb unter Traumafolgekrankheiten leide. Infolge der psychischen Traumafolgen und infolge der postoperativ persistierenden neurologischen Handicaps sei von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Der Beschwerdeführer sei sehr kooperativ und verlässlich und besitze einen starken Willen, ohne welchen er bei diesem schweren chronischen Leiden wohl zu 100 % arbeitsunfähig wäre.

Diese drei – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Berichte sind, soweit den zeitlich massgebenden Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) beschlagend, grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 9 E. 1 S. 11, 121 V 362 E. 1b S. 366).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 Situa-

tion 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 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) massgeblich auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) gestützt. Dieses basiert auf einer psychiatrischen, einer rheumatologischen und einer internistischen Untersuchung und erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen untereinander wie auch mit den übrigen Arztberichten in Übereinstimmung. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung aufgrund der Schlussbesprechung ein, weshalb darauf abzustellen ist.

Bezüglich der Frage, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 19. Dezember 2006 (AB 24) aus medizinischer Sicht eine hinsichtlich des Rentenanspruchs relevante Veränderung eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hiervor), wurde seitens der MEDAS-Gutachter in ihrem Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) primär auf diagnostischer Ebene eine Veränderung zum interdisziplinären Gutachten vom 27. September 2006 (AB 21) bzw. vom 19. Oktober 2006 (AB 22) festgestellt. So wurde damals ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung (AB 21 S. 10 Ziff. 4.1), ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, Schwierigkeiten bei der kulturellen Integration sowie eine Dysthymie (AB 22 S. 4 Ziff. 4) diagnostiziert, während die MEDAS-Gutachter nun eine ängst-

lich-depressive Störung gemischt, ein lumboradikuläres Syndrom links, einen Verdacht auf Oligoarthritis unklarer Denomination sowie eine Coxarthrose links leichten bis mässigen Grades (AB 79.1 S. 22 f. Ziff. E.1) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufführen. So wird im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr bestätigt werden könne und dass sich die Diagnose der Dysthymia in eine gemischt ängstlich-depressive Störung geändert habe (AB 79.1 S. 24). Es zeige sich nun das Bild einer anhaltenden, somatoformen Schmerzstörung. Die Gutachter selbst gingen offenbar davon aus, dass wenn auch allein in diskretem Umfang (vgl. AB 97.1 S. 24) veränderte Befunde vorliegen. Ob in tatsächlicher Hinsicht Veränderungen eingetreten sind, das heisst, ob ein Vergleich der beiden Zustände den Schluss zulässt, es liege im Zeitpunkt der Rentenabweisung ein anderer Gesundheitszustand vor als noch zum Zeitpunkt der ersten Leistungsablehnung vom 19. Dezember 2006 (AB 24), ist jedoch fraglich. Denn zum einen klagt der Beschwerdeführer über weitgehend gleiche Beschwerden, zum anderen konnten eigentliche Veränderungen kaum objektiviert werden. Daran ändert auch nichts, dass die letzte rentenabweisende Verfügung bereits einige Jahre zurückliegt, zumal der Beschwerdeführer seither nie mehr in grösserem Mass oder gar im Umfang der attestierten Arbeitsfähigkeit erwerbstätig war. Diese Einschätzung gilt sodann letztlich nicht nur in psychischer Hinsicht, sondern auch für die somatische Seite: So hat der rheumatologische Gutachter Dr. med. G. _____ in seinem Teilgutachten vom 5. November 2013 (AB 79.2) in Kenntnis auch der inzwischen erfolgten Operation explizit ausgeführt, dass schon im neurochirurgischen Gutachten vom 27. September 2006 (AB 21) für eine angepasste Tätigkeit eine volle Zumutbarkeit attestiert wurde, was weitgehend mit seiner aktuellen Beurteilung übereinstimme, wobei jedoch neu eine Leistungseinschränkung von 20 % angenommen werde.

Damit sind weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht anspruchsbegründende Veränderungen der erheblichen Tatsachen erstellt, welche einen Revisionsgrund darzustellen vermöchten. Selbst wenn jedoch zu Gunsten des Beschwerdeführers mit den Gutachtern von einer invalidenversicherungsrechtlich beachtlichen Veränderung im Sinne eines Revisionsgrundes ausgegangen würde und damit eine umfassende Prüfung zu

erfolgen hätte (vgl. E. 2.5.2 vorstehend), würde dies am Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 4 nachfolgend).

4.

4.1

4.1.1 In psychiatrischer Hinsicht hat der MEDAS-Gutachter Dr. med. F._____ klar und schlüssig dargelegt, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine gemischt ängstlich-depressive Störung vorliegt, wobei die somatoforme Schmerzstörung sozialmedizinisch für die Arbeitsfähigkeit keine Relevanz habe (AB 79.1 S. 21). Das sorgfältig redigierte MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) und die umfassende Befunderhebung stehen mit den übrigen umfangreichen Akten in Übereinstimmung, so auch grundsätzlich mit den Berichten der behandelnden Hausärztin Dr. med. D._____ vom 11. Juni 2014 (AB 63) und 17. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 24. September 2014). Nicht in Übereinstimmung stehen sie einzig mit den Aussagen des behandelnden Psychosomatikers Dr. med. E._____ vom 13. August 2013 (AB 68 S. 7 f.) und vom 1. Oktober 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 6. Oktober 2014). Dieser tritt in seinen Berichten advokatorisch auf und bleibt für seine Aussagen eine nähere Begründung schuldig. Dass die von diesem Arzt – welcher im Übrigen zwar über einen Fähigkeitsausweis in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin, nicht aber über einen Facharztstitel in der Fachrichtung der Psychiatrie verfügt (vgl. statt vieler: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3, wonach die fachliche Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussage von erheblicher Bedeutung ist) – geltend gemachten Anzeichen, welche gemäss den Richtlinien der internationalen Klassifikation ICD-10 für eine nach wie vor relevante post-traumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) geboten wären, tatsächlich in hinreichendem Ausmass vorliegen, lässt sich den übrigen Akten nicht entnehmen. Vielmehr hat der Beschwerdeführer selbst anlässlich der einlässlichen Befunderhebung der MEDAS weder solche Symptome gezeigt noch beschrieben. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F._____

hält deshalb überzeugend fest, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt werden könne und dass auch der nachträglich eingeholte Bericht des Spitals K. _____, wo der Beschwerdeführer kurzzeitig hospitalisiert gewesen war, nichts an dieser Auffassung ändere (AB 79.1 S. 21). Der Gutachter führt nachvollziehbar aus, dass einzelne Anteile einer Traumafolgestörung vielmehr in der diagnostizierten gemischt ängstlich-depressiven Störung (ICD-10: F41.2) aufgehe und auch ihren Anteil in der Entwicklung der dysfunktionalen Schmerzverarbeitung im Rahmen der ebenfalls diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe (ICD-10: F45.5). Kommt hinzu, dass die posttraumatische Belastungsstörung nur bei wenigen Patienten über viele Jahre einen chronischen Verlauf nimmt und in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) übergeht (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208).

4.1.2 In diesem Sinne hilft auch der Bericht des auf die psychosomatische Betreuung von Patienten spezialisierten Spitals J. _____ vom 4. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 19. September 2014) nichts: Zum einen ist hier dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das in der Medizin verbreitete und von den Fachärzten des Spitals J. _____ angewandte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell weiter gefasst ist als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). In diesem Bericht fällt insofern auf, dass kaum eigentliche Befunde dargestellt werden, sondern vielmehr die Leidensschilderungen des Beschwerdeführers aufgenommen wurden. Dabei ist auch zu beachten, dass diese Leidensschilderung offensichtlich wesentlich im Rahmen einer „narrativen Traumaexposition“ erfolgte, als der Beschwerdeführer seine (psychosoziale) Leidensgeschichte vor Medizinstudenten vortragen konnte (vgl. AB 103 S. 7 f.). Hierdurch bestand bereits von daher eine grosse Gefahr der unzulässigen Beeinflussung bzw. Verfälschung der Befunderhebung. Auch wenn ein solches Vorgehen der Behandlung des Beschwerdeführers möglicherweise dienlich sein kann, so ist die im Bericht dargelegte daraus gewonnene Befunderhebung keinesfalls hinreichend,

um das seriös redigierte MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) in Frage zu stellen. Hinzu kommt, dass die Fachärzte des Spitals J. _____ in diagnostischer Hinsicht nicht dem Klassifikationssystem der ICD-10 folgten. Insoweit scheint die Diagnoseliste denn auch wesentlich von Symptomen und nicht den diesen zugrundeliegenden Störungen bestimmt zu sein bzw. sind die gleichen geäusserten subjektiven Beschwerden gar mehrfach erfasst worden. Der Bericht des Spitals J. _____ vom 4. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 19. September 2014) ist damit nicht geeignet, die umfassende Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) in Zweifel zu ziehen.

4.1.3 Schliesslich vermögen auch die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. D. _____ vom 11. Juni 2014 (AB 63) und vom 17. September 2014 (in den Gerichtsakten, eingegangen am 24. September 2014) den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 10. Februar 2014 (AB 79.1) nicht zu schmälern, denn die Hausärztin führt darin im Wesentlichen die selben Befunde auf, die auch von den MEDAS-Gutachtern festgehalten wurden (vgl. E. 4.1.1 vorstehend). Soweit Dr. med. D. _____ dabei den Ärzten des Spitals J. _____ folgend im Bericht vom 17. September 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bis 50 % attestiert gilt es zu beachten, dass sie diese Einschätzung nicht näher begründet bzw. gar explizit auf den Bericht des Spitals J. _____ vom 4. September 2014 (vgl. E. 4.1.2 vorstehend) verwiesen wird. Im Übrigen hat in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

4.1.4 Würde mit den MEDAS-Gutachtern vom Vorliegen eines Revisionsgrundes ausgegangen und folgerichtig auf deren Festlegungen hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit abgestellt, so wäre davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine eher leichte Tätigkeit (d.h. ohne körperlich schwere Tätigkeiten oder Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen) zu 8,5 Stunden täglich mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (aufgrund der etwas verminderten Mobilität und der zeitweiligen Einschränk-

kung bei längerem Sitzen, welche zu gelegentlich notwendigen Pausen im Arbeitsablauf führen) zumutbar ist.

4.2 Bei der gestützt auf das ermittelte Zumutbarkeitsprofil (E. 4.1.4 vorstehend) vorzunehmenden Ermittlung des IV-Grades erübrigt es sich, den Status des Beschwerdeführers festzulegen (vgl. E. 2.3 vorstehend), denn selbst wenn von einer vollen Erwerbstätigkeit ausgegangen würde, änderte dies am Ergebnis nichts.

4.2.1 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

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 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres (medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit Oktober 2012 [AB 79.1 S. 26 Ziff. 6]) und der Neuanmeldung im September 2012 (AB 45) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf das Jahr 2013 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2.2 Der Beschwerdeführer hatte seine angestammte Tätigkeit als ... bei der ... aus invaliditätsfremden Gründen verloren (AB 8 S. 1), so dass das Valideneinkommen nicht aufgrund des zuletzt erzielten Lohnes ermittelt werden konnte und kann (vgl. E. 4.2.1 vorstehend). Zudem hat der Beschwerdeführer die ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.1.4 vorstehend) seither nie mehr ausreichend verwertet, weshalb auch das Invalideneinkommen aufgrund statistischer Lohnangaben zu bestimmen ist (vgl. E. 4.2.1 vorstehend).

Eine genaue Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens erübrigt sich somit, da beide aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen sind: der IV-Grad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 20 % unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Vornahme eines Abzuges beim Invalideneinkommen (implizit) verzichtet (AB 91 und Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2014), was nicht zu beanstanden ist, denn es sind keine Umstände ersichtlich, die einen entsprechenden Abzug allein auf Seiten des Invalideneinkommens rechtfertigen würden.

4.3 Damit beträgt der IV-Grad – unter der hypothetischen Annahme zu Gunsten des Beschwerdeführers, dass überhaupt eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 3.4 vorstehend) – maximal 20 % (vgl. E. 4.1.4 und E. 4.2.1 vorstehend). Somit würde auch bei einer freien und bestmöglich zu Gunsten des Beschwerdeführers erfolgenden Prüfung des Leistungsanspruchs kein Anspruch eine IV-Rente bestehen (vgl. E. 2.2 hiavor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 91) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer 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 dem Beschwerdeführer 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:

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.