

200 14 671 IV
KNB/IMD/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Juni 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2002 unter Hinweis auf verschiedene somatische und psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug in Form einer Rente an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor; namentlich liess sie den Versicherten in der MEDAS polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 1. Mai 2006; AB 37) und einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 29. September 2004 bzw. 4. September 2006 (AB 29, 39) erstellen. Mit Vorbescheid vom 20. September 2006 (AB 40) stellte die IVB dem Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. Oktober 2001 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % in Aussicht. Mit Schreiben gleichen Datums (AB 41) forderte sie ihn unter Hinweis auf seine Schadenminderungspflicht sowie die Rechtsfolgen bei Widersetzlichkeit auf, sich einer psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Am 6. März 2007 verfügte die IVB wie im Vorbescheid vorgesehen (AB 48). Mit Mitteilungen vom 6. Juni 2008 (AB 54) und 13. Dezember 2010 (AB 61) bestätigte sie den bisherigen Rentenanspruch.

B.

Im Rahmen einer im Februar 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (AB 70) liess die IVB den Versicherten in der MEDAS polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 27. Dezember 2013; AB 89.1 - 89.4). Mit Vorbescheid vom 19. März 2014 (AB 90) kündigte sie die Aufhebung der Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % an, wogegen der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter Einwand erheben liess (AB 98). Mit Verfügung vom 10. Juni 2014 hob die IVB die Invalidenrente auf Ende des nachfolgenden Monats auf (AB 99).

C.

Mit Eingabe vom 10. Juli 2014 erhebt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass er weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente habe. Er macht im Wesentlichen geltend, einerseits sei die damalige Rentenzusprache unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Überwindbarkeit von somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Beschwerdebildern erfolgt. Damit bestehe kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision. Andererseits handle es sich beim Gutachten der MEDAS vom 27. Dezember 2013 lediglich um eine Neu Beurteilung des gleichen Sachverhalts, womit eine ordentliche Revision nach Art. 17 ATSG nicht zulässig sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, gemäss dem beweiskräftigen interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 27. Dezember 2013 liege eine Verbesserung des psychiatrischen Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund vor. Die revisionsweise Aufhebung der ganzen Rente sei zu Recht erfolgt.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung per Ende Juli 2014.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.3 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad 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).

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).

2.5 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).

2.6 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).

2.6.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

2.6.2 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.6.3 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).

3.

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 6. März 2007 (AB 48) mit demjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 99) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6.1 hiervoor). Die Bestätigung der laufenden Rente mittels Mitteilungen vom 6. Juni 2008 (AB 54) und 13. Dezember 2010 (AB 61) ist vorliegend unbeachtlich, da diesen keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 2.6.3 hiervoor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in ei-

nem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.6.2 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 6. März 2007 (AB 48) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Gutachten der MEDAS vom 1. Mai 2006 (AB 37), worin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert wurden (AB 37 S. 9). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, anlässlich der Untersuchung werde deutlich, dass die vorgetragene Schmerzen nicht bzw. nur unzureichend erklärt werden könnten. Gleichwohl beklage der Versicherte seit Jahren einen andauernden schweren und offenbar quälend erlebten Schmerz. Dieser sei offenkundig in Verknüpfung mit den emotionalen Konflikten und Belastungen anlässlich eines fehlverarbeiteten Unfallgeschehens Mitte der 90-er Jahre mit nachfolgendem Arbeitsplatzverlust sowie weiteren psychosozialen Belastungen im Rahmen des gescheiterten Versuches, sich selbstständig zu machen, aufgetreten und verstärkt worden. Die Verbindung von anhaltender somatoformer Schmerzstörung und depressiver Symptomatik führe beim Versicherten inzwischen zu einer nachhaltigen Veränderung der Ein- und Umstellfähigkeit seiner Beeinträchtigung der Interaktionsfähigkeit und damit letztlich zu einer willentlich nicht mehr überwindbaren psychischen Einengung mit Gefangenheit im Schmerzerleben. Da der Versicherte nicht mehr in der Lage sei, die Folgen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung willentlich zu überwinden und die psychischen Ressourcen, trotz der Schmerzen eine Arbeitsleistung zu erbringen, erschöpft seien, werde aus psychiatrischer Sicht derzeit weder die letzte Tätigkeit als ... noch eine einfache, leichte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich sein. Hinsichtlich der medizinischen Massnahmen, welche die Leistungsfähigkeit des Versicherten wesentlich verbessern könnten sei eine kontinuierliche fachpsychiatrische Behandlung einschliesslich Psychopharmakotherapie der depressiven Symptomatik vorzuschlagen. Darüber hinaus könnten kontinuierlich verordnete und eingenommene Antidepressiva auch eine Distanzierung vom Schmerzerleben bewirken (AB 37 S. 18 f.).

In orthopädischer Hinsicht wurde zusammenfassend festgestellt, dass für das sehr auffällige "Ganzkörper-Leidenssyndrom" keine verwertbaren Kor-

relate auszumachen seien. Die allseits kräftig entwickelte Extremitäten- sowie auch Rumpfmuskulatur sprächen für eine eigentlich suffiziente Funktion und Belastbarkeit des Bewegungsapparates. Allfällige Einschränkungen seien dem orthopädischen Fachgebiet nicht zugänglich. Insofern würden keine begründeten qualitativen und/oder quantitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit resultieren (AB 37 S. 23).

Der Neurologe führte aus, im Vordergrund der Beschwerden ständen ausgeprägte Schmerzen im Nacken- und Lendenwirbelbereich, die aber keine neurologische Ursache hätten, da sie weder radikulär, noch sonst dem Versorgungsgebiet eines Nervs entsprechend verteilt seien und keine dazu korrespondierenden Paresen oder Reflexauffälligkeiten vorlägen. Diese Beschwerden hätten auch nicht zu neurologischen Ausfällen geführt. Eine Minderung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit sei deshalb aus neurologischer Sicht nicht zu begründen (AB 37 S. 27).

3.3 Für die Zeit nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 6. März 2007 (AB 48) ergibt sich aus den medizinischen Unterlagen das Folgende:

3.3.1 Im Bericht vom 21. April 2013 (AB 78) verwies Dr. med. C._____, Praktische Ärztin FMH, auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin. Sie diagnostizierte eine Streckhaltung der Wirbelsäule, teilweise deutliche ventrale Spondylosen auf der Höhe HWK2/3/4/5, eine Chondrose der Bandscheibe LWK4/5, eine flache Herniation der Bandscheibe entlang der gesamten Hinterkante, rechts akzentuiert mit Kontakt und leichter Verlagerung der beiden Nervenwurzeln L5 intraspinal, eine AC Gelenksarthrose und ein verdicktes Ligamentum coracoacromiale sowie einen transmuralen Partialriss der Supraspinatussehne. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte sich die Ärztin nicht.

3.3.2 Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 29. April 2013 (AB 81) fest, obwohl sich der Versicherte seit dem 2. Dezember 2004 in der ambulanten Behandlung (eine Sitzung alle ein bis zwei Monate) befinde und eine tragfähige therapeutische Beziehung habe aufgebaut werden können, sei es bis zum jetzigen Zeitpunkt zu keinen Änderungen in seinem psychischen Zustand gekommen. In psy-

chisch-geistiger Hinsicht bestehe aufgrund der deutlich gedrückt depressiven, wenig modulationsfähigen, freud- und ratlosen Stimmungslage, der Störung der Vitalgefühle (Antriebsminderung, Lustlosigkeit), der formalgedanklichen Beeinträchtigung in Form von Gedankenkreisen/Einengung, zahlreichen diffusen Ängsten und Befürchtungen sowie einer Agitiertheit eine deutliche Beeinträchtigung der psychophysischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit. In psychiatrisch-körperlicher Hinsicht bestehe eine Störung der Vitalgefühle, wobei sich vor allem die Antriebsminderung leistungsmindernd auswirke. Es liege ein ausgeprägter sozialer Rückzug vor. Der Versicherte sei sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Er sei durch seine anhaltende Depressivität und die Schmerzstörung absorbiert, in der Aufmerksamkeit und in der Konzentration beeinträchtigt, vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar.

3.3.3 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Bericht vom 7. Mai 2013 (AB 82) aus, der medizinische Sachverhalt erscheine unklar. Der Umstand, dass innerhalb einer neunjährigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung keinerlei Erfolge im Sinne der Symptomlinderung hätten erzielt werden können, dennoch die Therapie unverändert fortgesetzt werden solle, könne nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Es erscheine zudem weder ausgeschlossen, dass sich zwischenzeitlich neu aufgetretene, organisch nachweisbare Befunde im Sinne einer erheblichen somatischen Komorbidität auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten, noch sei dem vorliegenden psychiatrischen Bericht von Dr. med. D. _____ schlüssig zu entnehmen, ob die Überwindbarkeit der chronifizierten und verfestigten Schmerzsymptomatik aufgrund des Vorliegens anderer beeinträchtigender Gegebenheiten weiter beeinflusst werde. Zur Klärung des medizinischen Sachverhalts schlage er eine erneute polydisziplinäre Begutachtung vor.

3.3.4 Im Gutachten der MEDAS vom 27. Dezember 2013 (AB 89.1 - 89.4) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- Panvertebrales Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit/bei
- verminderter Belastbarkeit der Wirbelsäule

- Fehlstatik (Brustkyphose), Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtinger Rumpfmuskulatur
- beidseits erheblich verkürzter Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen
- kein sicheres nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit
- Radiologisch degenerative Veränderungen in allen drei Wirbelsäulenabschnitten
- Im MRI HWS (02.09.2013): mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen C2-C7 mit flacher Diskushernie C3/C4 links ohne Neurokompression und Foramenstenose C5 und C6 rechts betont
- BWS ap/profil (02.09.2013): verstärkte Brustkyphose, deutliche Osteochondrose und Spondylose betont Th5-Th11
- Im MRI LWS (02.09.2013): mässige degenerative Veränderungen L4/5 und L5/S1 mit flacher Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression, Iliosakralgelenksarthrose rechts betont mit teilweisem Durchbau
- Schmerzhaft Funktionseinschränkungen der rechten Schulter bei radiologischem Anhalt auf eine Verkalkung der Supraspinatussehne. Es liegt ein Krankheitsbild vor, welches binnen eines Jahres abgeheilt sein sollte (AB 89.1 S. 25).

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt, anlässlich der durchgeführten Untersuchung hätten sich Auffälligkeiten im Verhalten des Versicherten ergeben, die einer Verdeutlichung bzw. einer Aggravation entsprächen. Dabei seien zwar narzisstische Persönlichkeitszüge offensichtlich geworden, ohne dass diese für das Zustandsbild und die lange Arbeitsunfähigkeit ursächlich verantwortlich gemacht werden könnten. Gegenwärtig hätten weder versicherungsmedizinisch relevante psychopathologische Befunde noch eine psychiatrische Komorbidität erhoben werden können, die eine berufliche Tätigkeit verunmöglichten. Die Feststellungen würden auf folgenden Beobachtungen basieren: Die subjektiven massiven Beschwerdeschilderungen des Versicherten seien nicht nur verbal sondern auch mimisch und mit der gesamten Körpersprache in voller Vehemenz erfolgt, wie diese bei tatsächlich bestehenden chronischen Schmerzzuständen, zusätzlich noch ohne erhebliche psychisch-emotionale Beeinträchtigung, kaum vorkämen. Die stete Bemühung des Versicherten, seine Beschwerden während der Exploration in intensivster Form darzustellen, habe nicht überzeugen und in der geschilderten Intensität nicht glaubhaft dargelegt werden können. Sein Verhalten habe aufgesetzt und theatralisch gewirkt, die Angaben des Versicherten würden auch teilweise, kritisch hinterfragt, von manchen objektiven Informationen in der Akte abweichen. Die aktuell geäusserten Angaben des Versicherten zur Symptomatik klängen vage,

unsicher, während bei einem tatsächlich bestehenden somatoformen Schmerzzustand störungstypische Beeinträchtigungen zu erwarten wären. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende schwere und chronifizierte Schmerzsymptomatik gehe fast immer mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen einher, beispielsweise mit kognitiven Defiziten, einem depressiv-ängstlichen Affekt, psychomotorischen Auffälligkeiten oder Verringerung des Durchhaltevermögens in der Untersuchungssituation. Solche objektivierbaren Merkmale hätten beim Versicherten jedoch nicht beobachtet werden können. Auch habe er sich zu keinem Zeitpunkt kritisch über die bisherigen therapeutischen Ergebnisse geäußert und sich mit diesen eher zufrieden gezeigt. Im Missverhältnis zu den Angaben des Versicherten stehe auch die verhältnismässig sehr geringe Inanspruchnahme ärztlicher Massnahmen. Das in der psychiatrischen Untersuchung besonders auffällige Verhalten habe teilweise, allerdings in weniger ausgeprägter Form, auch anlässlich der somatischen Untersuchungen beobachtet werden können. Zusammenfassend sei psychiatrisch festzustellen, dass beim Versicherten im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung Verdeutlichungstendenzen beziehungsweise aggravatorische, bewusstseinsnahe Phänomene beobachtet worden seien. Diese seien von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung abzugrenzen. Vom Bestehen einer entsprechenden Störung habe sich der Untersucher nicht überzeugen können (AB 89.1 S. 19 f.).

Der orthopädische Gutachter hielt fest, bezüglich der degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule fände sich klinisch kein Korrelat. Bei den Beschwerden der rechten Schulter ergäbe sich der Anhalt auf eine Bursitis. Die konservativen Therapiemassnahmen seien ausreichend. Gespräch und Untersuchung würden auf eine Überlagerung der somatischen Beschwerden durch das psychische Befinden hinweisen. Entgegen der Angaben des Versicherten liege keine körperliche Inaktivität vor. Insgesamt zeigten sich ein muskelkräftiger Habitus an den oberen und unteren Extremitäten sowie eine kräftige Beschwielung der Fusssohlen. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule. Das Beschwerdebild der rechten Schulter sollte binnen eines Jahres zur Heilung gebracht werden können (AB 89.1 S. 33).

Aus dem internistischen Teilgutachten geht hervor, dass die dieses Fachgebiet betreffenden objektivierbaren medizinischen Sachverhalte in der Diagnose einer Adipositas, einem laborchemisch nachweisbaren metabolischen Syndrom, einem Zustand nach arterieller Hypertonie und einer benignen Prostatahypertrophie bestünden. Diese hätten keine versicherungsmedizinische Relevanz für die Arbeitsfähigkeit, weder in der angestammten, noch in einer angepassten Tätigkeit (AB 89.1 S. 38).

Die Neurochirurgin führte aus, für die vom Versicherten seit Jahren vorgebrachten invalidisierenden Schmerzen finde sich radiologisch/neuroradiologisch ein degeneratives Geschehen, welches jedoch nicht als schwergradig bezeichnet werden könne und das Ausmass der Beschwerden nicht erkläre. Eine Neurokompression liege nirgends vor. Die neurologische Untersuchung werde durch das Verhalten des Versicherten mit zum Teil nicht durchgeführten Bewegungen und Verweigerungen gewisser Tests im Sinne einer Aggravation erschwert. Ein radikuläres oder peripher-neurologisches sensomotorisches Defizit liege mit Sicherheit nicht vor (AB 89.3 S. 8). Infolge der verminderten Belastbarkeit aller drei Wirbelsäulenabschnitte mit Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen sei die bisherige Tätigkeit als ... wegen der hierbei anfallenden schweren Gewichtsbelastungen nicht mehr zumutbar. Auch in der Tätigkeit als ... mit Heben von Gewichten (Gepäck) und langem Fahren in sitzender Position bestehe eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit mit regelmässigem Positionswechsel und Gewichtslimite von 15 kg wäre ganztags ohne Leistungseinbusse zumutbar (AB 89.3 S. 10).

Interdisziplinär hielten die Gutachter bezüglich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit fest, die angestammte Tätigkeit als ... sei nicht mehr möglich. Theoretisch-medizinisch bestünden keine Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit oder Teilarbeitsunfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit. Es lägen auch keine psychiatrischen Störungen vor, welche in medizinisch unzumutbarer Weise nicht überwindbar wären. Somit gelte eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % bei einer Präsenzzeit von 8.5 Stunden. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und der Fehlhaltung bestehe eine verminderte Belastbarkeit der gesamten Wirbelsäule und der rechten Schulter. Als Verweistätigkeit wäre eine Aufgabe mit ange-

passten leichten und gelegentlich mittelschweren Arbeiten bei regelmässigem Positionswechsel weiterhin möglich. Zumutbar seien Arbeiten mit Gewichtheben und -tragen bis 15 kg. Stehen, Sitzen Gehen sollten stündlich unterbrochen werden können. Nicht geeignet seien Tätigkeiten in anhaltend gebückter Haltung oder Überkopftätigkeiten mit häufigem Bücken, ständiger Zwangshaltung wie auch der Einfluss von Kälte und Nässe. Der Versicherte sollte in seiner beruflichen Tätigkeit weder unter Zeitdruck stehen noch unter erhöhten Stressbedingungen arbeiten, konflikthafte Situationen sollten vermieden werden und das Arbeitsumfeld ihm wohlwollend gegenüber stehen. Im Vordergrund stünden persönliche Faktoren und psychosoziale Belastungen, die sich auf die Entscheidungsfindung und die Umstellungsfähigkeit des Versicherten sowie auf dessen Bewältigung seiner gegenwärtigen Situation auswirken könnten. Objektive Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe würden daraus jedoch nur in qualitativer Hinsicht in Bezug auf eine Verweistätigkeit resultieren. Es lasse sich rückblickend keine valide Aussage über den Zeitpunkt machen, welcher der gegenwärtigen Situation entspreche. Spätestens jedoch seit der aktuellen Untersuchung sei von einer Arbeitsfähigkeit im dargestellten Ausmass auszugehen (AB 89.1 S. 26).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 99) massgeblich auf das Gutachten der MEDAS vom 27. Dezember 2013 (AB 89.1 - 89.4) gestützt. Bei diesem handelt es sich um ein polydisziplinäres Gutachten, basierend auf einer psychiatrischen, einer orthopädischen, einer internistischen sowie einer neurochirurgischen Untersuchung, das die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten erfüllt (vgl. E. 2.4 hiervor): Die gestellten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar begründet und leuchten ein. Das MEDAS-Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt, beruht auf allseitigen interdisziplinären Untersuchungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die geklagten Beschwerden wurden wiedergegeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu.

Daran ändern die vom Beschwerdeführer allein gegen das psychiatrische Teilgutachten vorgebrachten Einwände nichts:

3.4.1 Es ist nicht zu beanstanden, dass sich der begutachtende Psychiater ausführlich zum Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung geäußert hat und dieses als Verdeutlichung bzw. Aggravation gewertet hat (AB 89.1 S. 20). Auch wenn der Beschwerdeführer diese Ausführungen als "penetrant" empfindet (Beschwerde S. 5 Ziff. 3.2.1.2.), lässt sich daraus keine Voreingenommenheit oder Antipathie ableiten, aufgrund welcher der Gutachter die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und/oder einer depressiven Episode gleichsam verweigert hätte, wie dies sinngemäss geltend gemacht wird (Beschwerde S. 8 2. Absatz). Für die Annahme einer Voreingenommenheit genügt nicht, dass der Gutachter auf – seiner Ansicht nach – widersprüchliches bzw. verdeutlichendes Verhalten des Beschwerdeführers hingewiesen hat. Vielmehr zählt das Feststellen von allfälligen Diskrepanzen, Dissimulation, Aggravation oder Simulation zur Aufgabe eines Gutachters (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, Ein interdisziplinärer Leitfaden, 2. Aufl. Bern 2012, S. 57). Hinzu kommt, dass nicht einzig der begutachtende Psychiater aggravatorisches bzw. widersprüchliches Verhalten festgehalten hat, sondern ebenso der Internist (AB 89.1 S. 36) und die Neurochirurgin (AB 89.3 S. 8).

3.4.2 Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers handelt es sich bei der Einschätzung der Gutachter der MEDAS im Allgemeinen und des psychiatrischen Experten im Besonderen nicht um eine simple Neubeurteilung/Interpretation des gleichen Sachverhalts, auch wenn in den früheren Gutachten bereits eine leidende Ausdrucksweise des Beschwerdeführers aufgefallen war (Beschwerde S. 8 f.). Der psychiatrische Gutachter hat nachvollziehbar ausgeführt, dass die Diagnosekriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt sind bzw. die bei einem bestehenden somatoformen Schmerzzustand zu erwartenden störungstypischen Beeinträchtigungen im Rahmen der Untersuchung nicht beobachtet werden konnten (AB 89.1 S. 19). Damit ist im Vergleich zur Beurteilung im Gutachten der MEDAS vom 1. Mai 2006 (AB 37) eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund erstellt. Ein

solcher ist im Übrigen auch in der eingetretenen Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes zu erblicken. Während im Gutachten der MEDAS vom 1. Mai 2006 (AB 37) aus somatischer Sicht noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ist dies hingegen im Gutachten der MEDAS vom 27. Dezember 2013 (AB 89.1 - 89.4) der Fall: Aufgrund der degenerativen Veränderungen in allen drei Wirbelsäulenabschnitten wurde auf eine verminderte Belastbarkeit der gesamten Wirbelsäule hingewiesen und ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil definiert (AB 89.1 S. 24). Dies deckt sich mit der Aussage der behandelnden Ärztin Dr. med. C. _____ im Bericht vom 21. April 2013 (AB 78), wonach sich der Gesundheitszustand seit März 2007 verschlechtert habe und seither auch neue medizinische Befunde hinzugetreten seien (vgl. E. 3.3.1 hier-vor).

3.4.3 Schliesslich vermögen auch die beschwerdeweise eingereichten Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. D. _____ vom 2. Mai und 3. Juli 2014 (in den Gerichtsakten) das MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Die darin enthaltenen Ausführungen entsprechen im Wesentlichen denjenigen des Berichts vom 29. April 2013 (AB 81), welcher den Gutachtern vorgelegen hat und im Gutachten berücksichtigt worden ist (AB 89.1 S. 11). Bezüglich der Stellungnahme von Dr. med. D. _____ zum MEDAS-Gutachten im Bericht vom 2. Mai 2014, wonach die Feststellung einer psychiatrischen Diagnose nicht immer einfach und neben der beschriebenen Psychopathologie schlussendlich die Gesamteinschätzung des Patienten durch den Psychiater wichtiger als das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde sei, ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter sehr wohl eine Gesamteinschätzung vorgenommen und nicht lediglich auf das Fehlen von psychopathologischen Befunden verwiesen hat (AB 89.1 S. 19 f.). Korrekterweise hat er jedoch im Gegensatz zu Dr. med. D. _____ psychosoziale und soziokulturelle Faktoren in seiner Beurteilung ausser Acht gelassen (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 3.4) auch 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein prak-

tizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 Nach dem Gesagten ging die Beschwerdegegnerin zu Recht vom Vorliegen eines Revisionsgrundes aus. Dementsprechend ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers frei zu prüfen (vgl. E. 2.6.2 hiervor). Gestützt auf das vorstehend wiedergegebene Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3.4) ist im Anschluss die Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob der Rentenanspruch in Anwendung von lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012) hätte überprüft werden dürfen. Anders als der Beschwerdeführer vorbringt, hat die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung explizit gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG vorgenommen (AB 99 S. 2). Daran ändert nichts, dass in der schriftlichen Anfrage des zuständigen Sachbearbeiters an den RAD vom 2. Mai 2013 zunächst eine Prüfung "insbesondere unter dem Aspekt der Schlussbestimmungen" in Erwägung gezogen wurde (AB 82 S. 1).

4.

4.1 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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen 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).

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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das im IK-Auszug für das Jahr 1995 eingetragene Erwerbseinkommen in der Höhe von Fr. 54'223.-- (AB 4 S. 2; AB 29 S. 5). Dieses bezieht sich auf die Tätigkeit des Beschwerdeführers als ... bei der F._____; eine Tätigkeit, welche er in Folge eines im Juni 1995 erlittenen Unfalls nicht mehr ausüben konnte, worauf ihm gekündigt wurde (bspw. AB 23 S. 3). In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Anschluss als selbstständigerwerbender ... geringere Einkommen erzielte (AB 4) und eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Beginn der einjährigen Wartezeit) erst ab Oktober 2000 anerkannt wurde (AB 48 S. 8), fiel die Bestimmung des Valideneinkommens sowohl in der Verfügung vom 6. März 2007 (AB 48) als auch in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 99) sicherlich nicht zum Nachteil des

Beschwerdeführers aus. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin lässt sich damit nicht beanstanden. Auszugehen ist somit von einem Valideneinkommen von Fr. 66'801.-- (Fr. 54'223.-- / 1789 x 2204 [BFS, Tabelle T 39, Nominallohnindex Männer 1995 bzw. 2013]).

4.4 Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, hat die Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen richtigerweise auf einen hypothetischen Tabellenlohn der LSE abgestellt (vgl. E. 4.2 hiavor). Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1, "Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor", Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer, Total, ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 62'844.-- (Fr. 4'901.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2013] / 100 x 102.5 [Tabelle T1.1.10, Total, Männer, 2013]).

Vom errechneten Invalideneinkommen gewährte die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 15 % (vgl. E. 4.2 hiavor), was als angemessen erscheint und vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet wird. Entsprechend ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 53'417.-- (Fr. 62'844.-- x 0.85).

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'801.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'417.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 13'384.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von 20% ([Fr. 66'801.-- - Fr. 53'417.--] / Fr. 66'801.-- x 100), womit kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. E. 2.2 hiavor) und die Beschwerdegegnerin die laufende Rente korrekterweise aufgehoben hat. Der Zeitpunkt der Rentenaufhebung ist unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV ebenfalls nicht zu beanstanden. Die angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 99) erweist sich damit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

5.

5.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.