

200 15 1020 IV  
GRD/REL/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Februar 2017**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Renz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Oktober 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1955 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit 1982 als ... tätig und meldete sich am 9. Mai 2014 unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Probleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, act. II] 1). Die IVB nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor und stellte mit Vorbescheid vom 31. Juli 2014 (act. II 27) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da bei der diagnostizierten Fibromyalgie kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vorliege. Die Versicherte zeigte sich damit – vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_ – mit Einwand vom 20. August 2014 (act. II 36) nicht einverstanden und reichte weitere medizinische Berichte zu den Akten. Daraufhin liess die IVB die Versicherte polydisziplinär (internistisch/psychiatrisch/ rheumatologisch) begutachten (act. II 40 und act. II 46). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 30. Januar 2015 (act. II 51.1 bis act. II 51.3) erliess die IVB den Vorbescheid vom 12. März 2015 und stellte erneut die Ablehnung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht (act. II 55). Auch gegen diesen liess die Versicherte am 8. April 2015 Einwand erheben (act. II 59). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [act. II 63]) verfügte die IVB am 22. Oktober 2015 dem Vorbescheid entsprechend und verneinte mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung den Anspruch auf Leistungen der IV (act. II 67).

### **B.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_ – am 19. November 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer Invalidenrente (IV-Rente). Zudem beantragt sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und die Beiordnung ihrer Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 12. Januar 2016 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin ihre Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin bei.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. Oktober 2015 (act. II 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

**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** 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

**2.3** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft,

beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.4** 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraaster 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 (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). 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 Prüfungsraaster 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).

**2.5** Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche mit somatoformen Schmerzstörungen vergleichbaren psychosomatischen Lei-

den 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). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf eine Fibromyalgie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70).

**2.6** 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht des Spital C. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2014 (act. II 9.2) hielten Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin E. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom, psychosoziale Belastungssituation (unerwarteter Tod des jüngeren Bruders, Brand im Haus sowie mehrere weitere Todesfälle in der Familie seit August 2013), lumbovertebrales Schmerzsyndrom, gegenwärtig Schmerzexazerbation sowie Migräne. Es bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und es werde beim Austritt aus dem stationären Rahmen von einer 70 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (S. 2). Ob die volle Arbeitsfähigkeit wieder herstellbar sei, könne zu diesem Zeitpunkt nicht abschliessend beantwortet werden.

**3.1.2** Der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. Juni 2014 (act. II 18) eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom, Migräne seit mehr als 30 Jahren, eine Fibromyalgie sowie einen Verdacht auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom. Die Beschwerdeführerin sei seit Oktober 2013 ununterbrochen zwischen 50 % und 100 % und seit dem 12. April 2014 nun aufgrund der Hospitalisation wegen Depression und Migräne im Spital G. \_\_\_\_\_ wiederum zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6).

**3.1.3** Im Austrittsbericht vom 16. Juni 2014 (act. II 23 S. 8 ff.) führten die Fachärzte des Spitals C. \_\_\_\_\_ die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom, eine psychosoziale Belastungssituation, ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine Migräne als Diagnosen auf. Nach erfolgter Stabilisierung und Teilremission der depressiven Symptomatik habe die Beschwerdeführerin in gegenseitigem Einvernehmen in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können (S. 10). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis und mit dem 23. März 2014 100 %. Vom 24. bis zum 28. März 2014 sei in Vereinbarung mit dem Arbeitgeber eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert worden.

**3.1.4** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 11. Juli 2014 (act. II 23 S. 2 ff.) eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom und eine Fibromyalgie. Nach dem Austritt aus dem Spital C. \_\_\_\_\_ sei es erneut zu einer Überforderung und konsekutiv wieder zu einem depressiven Rückzug gekommen, so dass die Beschwerdeführerin seit 23. Juni 2014 wieder im Spital G. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie) hospitalisiert sei (S. 2). Seit zwei bis drei Monaten bestehe eine Einschränkung der Aufmerksamkeit und Konzentration, die zu diversen gefährlichen Situationen im Haushalt geführt hätten und nun stationär abgeklärt werden müssten. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit Dezember 2013 bis auf Weiteres 100 %.

**3.1.5** Im Austrittsbericht vom 21. Juli 2014 (act. II 26) führten Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und die Psychologin E. \_\_\_\_\_ des Spitals C. \_\_\_\_\_ weiterhin eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit somati-

schem Syndrom, eine psychosoziale Belastungssituation, ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine Migräne als Diagnosen auf. Die Beschwerdeführerin sei zum zweiten Mal aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Beschwerden mit körperlichen Symptomen zugewiesen worden. Die geklagten Beschwerden seien im Rahmen der noch nicht vollständig remittierten depressiven Störung zu interpretieren (S. 2). Nach erfolgter Stabilisierung sowie deutlichem Rückgang der depressiven Symptomatik habe die Beschwerdeführerin in gegenseitigem Einvernehmen entlassen werden können, wobei bei Austritt weiterhin leichte Schlafstörungen bestanden hätten (S. 3). Bis und mit dem 21. Juli 2014 werde eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**3.1.6** Der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 11. August 2014 (act. II 36 S. 14 f.) zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom und pathologischer Trauerreaktion, eine Fibromyalgie, Migräne, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie Knick-Senk-Füsse und Spreizfüsse mit Hallux valgus beidseits. Im Rahmen der Depression sei die Beschwerdeführerin seit dem 2. Oktober 2013 als arbeitsunfähig eingestuft worden und seither seien zwei stationäre psychiatrische Behandlungen erfolgt (S. 15).

**3.1.7** In ihrem Bericht vom 13. August 2014 (act. II 36 S. 16 f.) hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.11) mit somatischem Syndrom leide, die eine zweimalige Hospitalisation notwendig gemacht habe. Zudem leide sie bereits seit ca. 20 Jahren unter einer komplexen Schmerzproblematik, welche mittels Physiotherapie und Medikamenten leider nur mit mässigem Erfolg behandelt worden sei und welche ihres Erachtens durch die Depression überlagert sei. Zudem beständen seit einigen Monaten unklare Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, welche sich auch nach Aufhellung der Depression subjektiv nicht wesentlich verbessert hätten. Aktuell habe sie der Beschwerdeführerin noch bis Ende August eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, grundsätzlich sei aber zu sagen, dass eine Re-Integration aufgrund des chronifizierten Zustandes eher schwierig sein werde (S. 2).

**3.1.8** Die Fachärzte des Begutachtungsinstitutes I. \_\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 30. Januar 2015 (act. II 52.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F54.4 [S. 30 Ziff. III]). Ohne Auswirkungen seien ein Fibromyalgie-Syndrom (Erstdiagnose 2012), laut Akten ein Status nach Lumboradikulärsymptomatik L5 rechts 2012 (aktuell keine Hinweise auf eigentliche spondylogene oder radikuläre Beschwerden) sowie ein Hallux valgus beidseits. Gesamtmedizinisch sei der Beschwerdeführerin mindestens seit Dezember 2013 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu attestieren (S. 32).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Januar 2015 (act. II 52.2 bzw. act. II 52.1 S. 21 ff.) diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, sowohl eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) als auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30). Aufgrund der mindestens seit Dezember 2013 in den Akten ausgewiesenen mittelgradigen depressiven Symptomatik, welche aufgrund der aufgeführten Foersterkriterien als unüberwindbar einzustufen sei, müsse von einer 50 %igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 28). Aus psychiatrischer Sicht sei eine ambulante psychiatrische Behandlung dringend indiziert. Da sich die Beschwerdeführerin zu 0 % arbeitsfähig sehe, seien berufliche Massnahmen im Moment nicht indiziert (S. 29).

Aus rein gutachterlicher rheumatologischer Sicht konnte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in seinem Teilgutachten vom 7. Januar 2015 (act. II 52.3 bzw. act. II 52.1 S. 13 ff.) weder aktuell noch retrospektiv eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit begründen, da die im Vordergrund stehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht einem rheumatologischen Beschwerdebild zugeordnet werden konnten (S. 21). Die früher diagnostizierte Fibromyalgie bestehe zwar formal weiterhin, habe sich aber aufgrund des klinischen Bildes zu einer ausgeprägten Schmerzfehlverar-

beitung weiterentwickelt, die nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden könne.

**3.1.9** Die RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2015 (act. II 63) zu den somatischen Diagnosen. Sie führte aus, dass bei einem Verdacht auf ein radikuläres Syndrom L5 eine Infiltration nur vorübergehend und in geringem Mass eine Linderung gebracht habe, so dass klinisch ein solches radikuläres Syndrom nicht habe bestätigt werden können (S. 3). Zudem liessen sich die Rückenschmerzen auch nicht durch die als Spondylarthrosen festgehaltenen Abnützungerscheinungen erklären, da solche als übliche Erscheinungen im Laufe des Lebens aufträten. Der zudem als somatische Diagnose aufgeführte Befund einer Fussdeformität (leichter Knick-Senkfuss, Spreizfuss, Hallux valgus) vermöge keine Invalidität zu begründen, denn Schuheinlagen seien der Beschwerdeführerin bereits verschrieben worden und bei Verschlechterung der Beschwerden könne allenfalls auch eine Operation des Hallux valgus in Frage kommen. Die über viele Jahre von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Schmerzen fänden jedoch kein organisches Korrelat und es seien unterschiedliche medizinische Diagnosen dafür vorgebracht worden: Schmerzsyndrom (im Bereich der Wirbelsäule verwendet), Fibromyalgie (im Bereich der Weichteile verwendet) und somatoforme Schmerzstörung (vom Psychiater verwendet). Gemeint sei damit immer der Schmerz, für den keine somatische Erklärung gefunden werde.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

**3.2.2** Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2015 (act. II 67) auf das polydisziplinäre Gutachten des Begutachtungsinstitutes I. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2015 (act. II 52.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2.1 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen der Sachverständigen 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. Schliesslich stehen auch die einzelnen Teilbeurteilungen untereinander wie auch mit den übrigen Akten in Übereinstimmung und sie finden in den vorliegenden medizinischen Akten auch ihren Rückhalt. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung ein und wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2015 (act. II 52.2) hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung (vgl. E. 3.2.2 hiervor), so dass grundsätzlich auf das Gutachten des Begutachtungsinstitutes I. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2015 (act. II 52.1) abgestellt werden kann.

**3.4** In somatischer Hinsicht konnte der Gutachter Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten vom 7. Januar 2015 (act. II 52.3 bzw. act. II 52.1 S. 13 ff.) keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (S. 20). Überzeugend führt der Rheumatologe aus, dass das klinische Bild nun nicht mehr einer Fibromyalgie entspreche, wie sie noch im Jahr 2012 diagnostiziert worden sei, sondern eine ausgeprägte Schmerzfehlerverarbeitung darstelle, die nicht einem eigentlichen rheumatologischen Krankheitsbild zuzuordnen sei (S. 21). So fehlten zum Beispiel die Zeichen einer spondylogenen oder radikulären Schmerzsymptomatik der Lendenwirbelsäule, wie sie gemäss Aktenlage früher vorhanden gewesen seien.

Wenn die Beschwerdeführerin im Einwandverfahren ausführen lässt (act. II 59 S. 7 f. Ziff. 8), dass das Gutachten des Begutachtungsinstitutes I. \_\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht unvollständig sei, kann dem nicht gefolgt werden. Die RAD-Ärztin führt in ihrem Bericht vom 24. Juni 2015 (act. II 63 S. 3) überzeugend aus, dass bei einem Verdacht auf ein radikuläres Syndrom L5 eine Infiltration nur vorübergehend und in geringem Mass eine Linderung gebracht hat, so dass klinisch ein solches radikuläres Syndrom nicht habe bestätigt werden können. Zudem liessen sich die Rückenschmerzen auch nicht durch die als Spondylarthrosen festgehaltenen Abnützungserscheinungen erklären, da solche als übliche Erscheinungen im Laufe des Lebens auftraten. Der sodann auch als somatische Diagnose aufgeführte Befund einer Fussdeformität (leichter Knick-Senkfuss, Spreiz-

fuss, Hallux valgus) vermag keine Invalidität zu begründen, denn Schuheinlagen wurden der Beschwerdeführerin bereits verschrieben und bei Verschlechterung der Beschwerden käme allenfalls auch eine Operation des Hallux valgus in Frage.

In somatischer Hinsicht ist deshalb auf die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters Dr. med. K.\_\_\_\_\_ abzustellen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (act. II 52.1 S. 21).

**3.5** Auch wenn das Gutachten des Begutachtungsinstitutes I.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2015 (act. II 52.1) in diagnostischer Hinsicht auch bezüglich der psychiatrischen Belange überzeugt (vgl. E. 3.3 hiervor), so kann nicht unbesehen auf die darin angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, wenn der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_\_ ausführt, dass aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD- 10: F54.4) eine 50 %ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2013 bestehe (act. II 52.1 S. 28 bzw. psychiatrisches Teilgutachten vom 6. Januar 2015 [act. II 52.2 S. 9]).

**3.5.1** Bei der Frage, ob im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf die von den psychiatrischen Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % abgestellt werden kann, ist zu berücksichtigen, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen – somit auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestimmter Höhe und Ausprägung führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der

Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; vgl. auch E. 2.6 hiervor). Folglich ist im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. E. 2.2 hiervor).

**3.5.2** Soweit der psychiatrische Gutachter Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zunächst aufgrund der bestehenden mittelgradigen depressiven Symptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert hat (act. II 52.1 S.289), kann ihm nicht gefolgt werden: Diesbezüglich muss festgehalten werden, dass es sich bei einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.11) definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, womit es prinzipiell an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169 ff.; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten denn auch nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich als therapeutisch angebar (Entscheide des BGer vom 29. August 2012, 9C\_266/2012, E. 4.3.2 und vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011, E. 4.2.2.1). Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen kommen deshalb einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Entscheid des BGer vom 24. August 2016, 8C\_399/2016, E. 4.2). Der Gutachter führt die von ihm diagnostizierte mittelgradige depressive Episode indessen darauf zurück, dass seit mehr als einem halben Jahr vor der Begutachtung keine ambulante psychiatrische oder psychosomatische Behandlung mehr stattfand (S. 28 f.). Zudem sind in den beiden Austrittsberichten des Spitals C. \_\_\_\_\_ (act. II 23 S. 8 ff. und act. II 26)

jeweils eine Teilremission oder sogar eine deutliche Remission der depressiven Symptomatik festgehalten worden. Der psychiatrische Gutachter erachtete deshalb eine ambulante psychiatrische Behandlung und die Modifizierung der seit längerem bestehenden antidepressiven Medikation als dringend indiziert (S. 29). Die bei der Beschwerdeführerin vorliegende mittelgradige depressive Episode kann deshalb nicht als therapieresistent bezeichnet werden. Hinzu kommt, dass die depressive Störung offensichtlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren wie den Tod des Bruders und weiterer Familienangehöriger (act. II 52.1 S. 26) getriggert bzw. unterhalten wird (vgl. dazu: BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb davon auszugehen, dass diese Diagnose vorliegend aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden berücksichtigt werden kann.

**3.5.3** Was die weiter diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. II 52.1 S. 30) anbelangt, ist sodann zu prüfen, ob diese eine invalidisierende Wirkung entfalten kann (vgl. E. 2.4 vorstehend).

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Die Beschwerdeführerin gibt an, bereits „seit vielen Jahren“ (act. II 52.1 S. 13) bzw. seit ca. 30 Jahren (S. 21) unter Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich zu leiden. Dennoch war es ihr möglich, bis zu ihrer Kündigung im August 2014 (act. II 16) bzw. bis zum Auftreten der depressiven Symptomatik im Herbst 2013 (act. II 4 S. 1) vollzeitlich arbeitstätig zu sein. Ausgehend vom diagnoseinhärenten Mindestschweregrad muss nach der Rechtsprechung jedoch ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorliegen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Betreffend den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung gab die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern an, dass sie zwischen 7.00 und 8.00 Uhr morgens aufstehe, ihre Morgentoilette erledige, die Medikamente und das Frühstück einnehme und mit ihrem Ehemann einen Spaziergang mache (act. II 52.1 S. 23). In der Regel

bereite sie dann gemeinsam mit ihrem Mann das Essen sitzend zu. Am Nachmittag unternehme sie nochmals einen kurzen Spaziergang gemeinsam mit dem Ehemann oder besuche Nachbarn (S. 24). Wenn sie zu Hause sei, schaue sie TV oder stricke. Auch das Abendessen nehme sie gemeinsam mit dem Ehemann ein und sehe mit ihm ca. bis 23.00 Uhr fern. Angesichts dieser im Rahmen eines strukturierten Tagesverlaufs von der Beschwerdeführerin gelebten Aktivitäten kann nicht von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was nach dem oben Erwähnten jedoch diagnosespezifisch sein müsste. Unter dem Titel „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin mindestens ein halbes Jahr vor der Begutachtung nicht mehr in psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung befand (act. II 52.1 S. 18), der psychiatrische Gutachter indes eine solche ambulante psychiatrische Behandlung als dringend indiziert erklärte (vgl. E. 3.5.2 vorstehend). Die psychiatrische Störung ist damit durchaus noch therapeutisch angebar. Psychiatrische Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen nicht, ist doch die mittelgradige depressive Episode – wie vorstehend ausgeführt – rechtsprechungsgemäss nicht invalidisierend. Dafür, dass der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen sodann keine Anhaltspunkte, denn es fanden sich anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keine Ich-Störungen (act. II 52.1 S. 25).

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Freizeitgestaltung bzw. das Leben der Beschwerdeführerin nicht ausgeprägt eingeschränkt sind. So könne sie sich zwar nicht mehr um die Enkel kümmern, doch lebt die Beschwerdeführerin in einer guten und stabilen Beziehung, sie wohnt im selben Haus wie ihre beiden Söhne mit ihren Familien und pflegt so Kontakte zu ihren Kindern (act. II 52.1 S. 23). Daneben beständen regelmässige Kontakte zu den Eltern der Beschwerdeführerin und der Familie des Ehemannes, wie auch zu Freunden, so dass der psychiatrische Gutachter auch explizit aufführt, dass kein ausgewiesener sozialer Rückzug besteht (S. 27). Damit liegen durchaus mobilisierende Ressourcen vor, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in ihrem sozialen Leben wenig

Einschränkungen zeigt, ist auch im Rahmen des Aspekts der „Konsistenz“ respektive der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu beachten (BGE 141 V 281 E. 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). So ist zum Beispiel auf die Angaben des orthopädischen Gutachters zu verweisen, wonach Zeichen einer spondylogenen oder radikulären Schmerzsymptomatik der Lendenwirbelsäule fehlten und bei pseudoneurologischen Ausfällen im Bereich der Sensibilität und Motorik symmetrische und gut auslösbare Muskeleigenreflexe bestanden (act. II 52.1 S. 19). Auch bezüglich der Fersenschmerzen hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ fest, dass trotz deutlichem Schonhinken bei den Umfangmessungen keine Muskelatrophie gefunden werden konnte, was bei längerdauernder Schonung zu erwarten gewesen wäre (act. II 52.1 S. 20). Dies spricht für eine Inkonsistenz zu den geltend gemachten Schmerzen und den angegebenen Einschränkungen. Schliesslich nimmt die Beschwerdeführerin – wie vorstehend ausgeführt – zurzeit nur geringfügige therapeutische Optionen wahr, die intensiviert werden könnten und müssten (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Damit ist erstellt, dass auch der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung – selbst unter Prüfung der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.4 vorstehend) – aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zukommt.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht erstellt. Die angefochtene Verfügung vom 22. Oktober 2015 (act. II 67) erweist sich deshalb als rechtens und ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.– festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Mit Verfügung vom 12. Januar 2016 hat der Instruktionsrichter das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen. Die Beschwerdeführerin wird damit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. wenn sie innerhalb von zehn Jahren, von der Rechtskraft des Urteils an gerechnet, zu hinreichendem Vermögen oder Einkommen gelangt – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten befreit.

**5.2** Angesichts des Ausgangs des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**5.3** Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.–.

Die Kostennote von Rechtsanwältin Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2016 und insbesondere der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 625 Minu-

ten (= 10,42 Stunden) sind nicht zu beanstanden. Ausserhalb des vertretbaren Rahmens liegen demgegenüber die geltend gemachten Auslagen von Fr. 413.– für 826 Fotokopien. Da dieser Aufwand in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass dem Verwaltungsgericht in grossem Umfang Kopien der IV-Akten eingereicht worden sind, welche ohnehin beigezogen werden müssen, ist diesbezüglich eine erhebliche Kürzung des Aufwands vorzunehmen (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 9. April 2015, IV/2014/1095, S. 3). Die zu entschädigenden Auslagen werden pauschal auf Fr. 150.– festgelegt. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 2'975.40 festzusetzen (Honorar: Fr. 2'605.–, Auslagen: Fr. 150.–, Mehrwertsteuer: Fr. 220.40). Davon ist Dr. B.\_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'084.– (10.42 x Fr. 200.–) zuzüglich Auslagen von Fr. 150.– und Mehrwertsteuer von Fr. 178.70, total somit eine Entschädigung von Fr. 2'412.70, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'975.40 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Dr. B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses

Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'412.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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