

200 17 302 IV
SCI/PRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. August 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), welcher bereits in den Jahren 1996 und 2002 Hilfsmittel (Hörgeräte) gewährt worden waren (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1.1, S. 1; 6), meldete sich im Februar 2008 erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Als Art der Behinderung gab sie Weichteilrheuma, chronische Schmerzen, einen Status nach Schleudert trauma, eine mittelschwere depressive Verstimmung sowie eine Hörbehinderung an (AB 8, 11). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und erteilte im Januar 2009 Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (AB 23). Anschliessend veranlasste sie einen Abklärungsbericht Haushalt (AB 24) und verfügte weitergehend nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 25) am 16. Juni 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 26). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Januar 2015 erhielt die Versicherte eine weitere Kostengutsprache für eine beidseitige Hörgerätversorgung (AB 33).

B.

Im Juni 2015 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB an. Als Beeinträchtigung gab sie eine Abnutzung des Hüftgelenks bzw. den Einsatz einer Hüftgelenksprothese an, was wiederum mehrere Operationen nach sich gezogen habe (AB 34). Nachdem die IVB verschiedene erwerbliche und medizinische Akten eingeholt hatte, gewährte sie vom 4. Januar bis am 19. Juni 2016 ein Belastbarkeitstraining (AB 81, 100) sowie anschliessend vom 20. Juni bis am 15. Juli 2016 eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA; AB 105) in der Abklärungsstelle C._____. Am 25. August 2016 teilte die IVB der Versicherten mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden und der Anspruch auf weitere Leistungen geprüft werde (AB 108). In der Folge veranlasste die IVB insbesondere ein poly-

disziplinäres Gutachten der D._____ (MEDAS) vom 22. Dezember 2016 (AB 139.1). Mit Vorbescheid vom 27. Dezember 2016 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 141). Auf den hiergegen erhobenen Einwand (AB 145, 148) hin verfügte die IVB am 16. Februar 2017 wie angekündigt (AB 149).

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, mit Eingabe vom 17. März 2017 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 16. Februar 2017 aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40% zuzusprechen.
3. Eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen zu treffen und anschliessend sei über die Leistungsansprüche (Invalidenrente) zu entscheiden.
4. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, dass nicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 22. Dezember 2016 abgestellt werden könne. Insbesondere sei - sollte tatsächlich eine Alkoholproblematik vorliegen - vor Erlass eines Rentenentscheides eine entsprechende Behandlung (Entwöhnung und Entzug) durchzuführen. Mit Blick auf das orthopädische Teilgutachten wäre zudem eine leidensbedingte Einschränkung beim Invalideneinkommen von 20% zu berücksichtigen. Demgegenüber sei gestützt auf die echtzeitlichen Akten erstellt, dass die Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2015 bis am 25. Juli 2016 (Begutachtung der MEDAS) aus körperlichen Gründen zu 100% und seitdem infolge ihrer physischen Beschwerden zu 50% bzw. infolge ihrer psychischen Beschwerden weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2017 beantragte die IVB 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 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 16. Februar 2017 (AB 149). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Nicht Teil des Anfechtungsobjekts und daher in diesem Verfahren nicht zu prüfen sind berufliche Massnahmen (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 6, sowie BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164).

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). 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). 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).

2.3 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 Dreivier-

telsrente, 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades 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]).

2.4.2 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 Invaliditätsgrades 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 Invaliditätsgrad 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).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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).

2.5 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 16. Juni 2009 (AB 26) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2017 (AB 149) zu vergleichen ist (E. 2.4.3 hiervor).

3.2 Im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug im Jahr 2008 diagnostizierten die beiden behandelnden Ärztinnen neben psychischen Beschwerden einen Status nach HWS-Distorsion, multiple weichteilrheumatische Beschwerden und eine gereizte Chondropathie in beiden Knien (AB 16, S. 1; 17, S. 3). Die Neuanmeldung im Juni 2015 erfolgte nunmehr unter Angabe von Beschwerden im Hüftgelenk (AB 34); im Februar 2015 wurde der Beschwerdeführerin eine Hüft-Totalprothese eingesetzt. Aufgrund von (Sub-)Luxationen folgten weitere Operationen (vgl. E. 3.3.1 hiernach). Damit ist auf medizinischer Ebene eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes erstellt und es erfolgt eine allseitig freie Prüfung (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.3 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.3.1 Aufgrund anhaltender Kniebeschwerden trotz operativem Eingriff (Kniegelenksarthroskopie und peripatelläres Shaving im März 2013) und konservativen Therapieversuchen (vgl. AB 51, S. 19 ff.) konsultierte die Beschwerdeführerin im September 2014 Prof. Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Eine Hüftinfiltration bewirkte eine Reduktion der Knieschmerzen. Im Februar 2015 wurde eine Hüft-Totalprothese eingesetzt. Infolge einer Luxation drei Wochen nach der Implantation musste sich die Beschwerdeführerin erneut operieren lassen. Im Mai 2015 trat zum ersten Mal ein Klick-Phänomen im Bereich der Hüfte auf, weshalb am 25. Juni 2015 eine Arthroskopie erfolgte (AB 51, S. 2 ff.; 52; 117.2, S. 20). Aufgrund einer rezidivierenden Prothesensubluxation bis Luxation nach vorne unterzog sich die Beschwerdeführerin am 9. Juli 2015 einer weiteren Operation (Hüftpfannenwechsel; AB 117.2, S. 16 f.). Prof. Dr. med. E._____ attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 4. Februar 2015 (AB 118).

Die Hausärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 12. April 2016 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergänzend multiple weichteilrheumatische Beschwerden, rezidivierende depressive Episoden, eine schwere Refluxösophagitis (Diagnose April 2016) und eine Hepatopathie und Pankreasinsuffizienz. Neu sei die Beschwerdeführerin auch dermatologisch beurteilt worden (AB 87, S. 2; vgl. auch AB 51, S. 4). Aktuell sei die Beschwerdeführerin noch zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Eine Steigerung bzw. Teilarbeitsfähigkeit von 50% erscheine realistisch. Es sollte auf eine Arbeit geachtet werden, die wechselhafte Bewegung möglich mache mit sitzen, stehen und laufen. Heben und tragen von Lasten über 10 kg werde kaum möglich sein, wie auch längere Strecken zu laufen. Auf Treppen oder auf Gerüste zu steigen sei nicht möglich (AB 87, S. 3).

Im Bericht vom 12. Mai 2016 führte Prof. Dr. med. E._____ aus, die Patientin habe nach wie vor Beschwerden im Bereich der Narbe. Sie könne jedoch bereits nach zwei Stunden spazieren auf ebenen Gelände sowie zwei bis drei Stunden stehen. Anschliessend benötige sie eine schmerzbe-

dingte Pause. Der Verlauf nach Hüft-Totalprothese rechts mit Pfannenwechsel sei ordentlich. Es sei auch weiterhin ein Kraftaufbau indiziert (AB 117.2, S. 5). Prof. Dr. med. E. _____ attestierte weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 118, S. 5 ff.).

3.3.2 Anlässlich der AMA erfolgte eine neuropsychologische Abklärung. Im Bericht vom 30. Juni 2016 diagnostizierten M.Sc. G. _____, Neuropsychologin, und lic. phil. H. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, eine Lernbehinderung (IQ=77-78; ICD-10: F81.9) und kognitive Minderleistungen in Visuokonstruktion, räumlicher Kognition, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (ICD-10: F06.9; AB 101.1, S. 7). In der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin ... mit repetitiven Hilfstätigkeiten, vorgegebenen Abläufen und ohne eigene Verantwortung gäbe es aus rein kognitiver Sicht keine ausgeprägten Einschränkungen. Auch der von der Beschwerdeführerin geäußerte Wunsch, in einem Büro Briefe und Pakete einzupacken, sei realistisch. Am Arbeitsplatz sei ihre erhöhte Vergesslichkeit zu beachten (AB 101.1, S. 6).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), diagnostizierte im Abklärungsbericht AMA vom 6. August 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Episoden seit mindestens 2006. Ausprägung retrospektiv nicht mehr feststellbar, aus den Beschreibungen der Akten könne auf ein Schweregrad bis mittelschwer geschlossen werden. Aktuell subklinisch, im Sinne einer „larvierten Depression“ (ICD-10: F32.8), eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6), eine Persönlichkeit im Sinne einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7) akzentuiert, eine Lernbehinderung (IQ=77-78; ICD-10: F81.9), kognitive Minderleistungen in Visuokonstruktion, räumlicher Kognition, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (ICD-10: F06.9) und einen Status nach Hüft-Totalprothesen-Implantation am 25. Februar 2015 rechts, Pfannenwechsel am 9. Juli 2015 wegen Subluxation (AB 105, S. 9). Die Beschwerdeführerin habe in dem von der IV vorgegebenen Pensum von 70% gearbeitet. Die Leistungen seien schwankend gewesen, selbst bei Tätigkeiten, welche ähnliche intellektuelle und manuelle Fähigkeiten verlangten. Am besten geeignet seien mittelschwere (bis 10 kg), einfache serielle Tätigkeiten gewesen. Die Gewichtsreduktion

ergebe sich aus den Beschwerden im Bereich der operierten rechten Hüfte. Die Leistung habe im Bereich von durchschnittlich 40% gelegen (Maximum 65% bei Verpackungsauftrag). Motivation und Einsatzwille seien vorhanden gewesen. Anamnese, Berichte, Befunde und Diagnosen gäben Hinweise auf eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die aktuellen psychiatrischen Befunde würden zwar eine Leistungseinbusse erklären, nicht aber das beobachtete Ausmass (AB 105, S. 10).

3.3.3 Prof. Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 2. August 2016 aus, von Seiten der Hüftprothese bestehe ein ruhiger Verlauf. Die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien eher auf eine Irritation der Nerven bzw. der Muskelursprünge zurückzuführen. Aus diesem Grund empfahl er die Weiterführung der selbstständigen Kraft- und Stretchingübungen (AB 122, S. 12 f.).

Dr. med. F. _____ machte im Verlaufsbericht vom 13. September 2016 ergänzend eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Neu diagnostizierte sie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich eine chronisch rezidivierende Lumbago, eine symptomatische Varikosis beidseits und eine weitere psychiatrische Verschlechterung (AB 122, S. 2). Die Beschwerdeführerin sei für eine leichte körperliche Arbeit mit genau umschriebenem Tätigkeitsbereich zu (maximal) 50% arbeitsfähig. Die Gehstrecke sei eingeschränkt, das Steigen auf Leitern und Treppensteigen sei zu vermeiden (AB 122, S. 3). Es sei unklar, ob eine Drogen-, Alkohol- oder Medikamentensucht vorliege. Die Beschwerdeführerin verneine einen regelmässigen Alkoholkonsum. Hingegen seien immer wieder erhöhte Transaminasen gefunden worden. Wegen der Hepatopathie sei eine Leberbiopsie durchgeführt worden, die histologischen Veränderungen würden zu einer nicht-alkoholischen Steatohepatitis und/oder alkoholischen Steatohepatitis passen. Bezüglich CDT (Carbohydrat-defizientes Transferrin) habe sich nie ein erhöhter Wert gezeigt. Ein andauernder Suchtmittelkonsum sowie eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die Sucht verneinte sie. Die Hausärztin empfahl eine neuropsychologische Abklärung um allenfalls Defizite im Gedächtnis und in der Handlung aufzeigen zu können (AB 122, S. 5).

Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher die Beschwerdeführerin seit dem 22. Juli 2016 in ambulanter Behandlung ist (vgl. AB 122, S. 14 f.), diagnostizierte im Bericht vom 27. September 2016 ein mittelschweres depressives Zustandsbild bei bekannten rezidivierenden Depressionen (ICD-10: F33.1), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur, Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) bei möglicherweise knapp bis minderintelligenter Patientin, Differentialdiagnose: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; AB 131, S. 2). Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. Juli 2016 attestiert. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt arbeiten (AB 131, S. 4).

3.3.4 Im polydisziplinären Gutachten vom 22. Dezember 2016 diagnostizierten die Ärzte der MEDAS mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit Restbeschwerden nach Hüftpfannenwechsel-Operation rechts bei muskulärer Dysbalance/Insuffizienz mit eingeschränkter Belastbarkeit beim Gehen und Stehen. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden ein leichtgradiges subacromiales Impingement Schultergelenke beidseits bei myotendinogener Störung, rezidivierende zervikale und lumbale Schmerzen bei Spondylose, Spondylarthrose, mässige Osteochondrose ohne Nervenkompressions-Zeichen, ein Status nach arthroskopischer Operation Kniegelenk rechts (14. März 2013) mit retropatellarem Shaving bei Chondropathia patellae rechts, ein Status nach HWS-Distorsion 1999, eine Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25), eine Hepatopathie unklarer Ätiologie, eine chronische rezidivierende Gastritis (erstmalig 1993 beschrieben), ein Vitamin B12 Mangel, ein chronischer Aethylabusus mittelschwer bis schwer, symptomatische Varicosis beidseits links mehr als rechts, ein Status nach Gehörsturz und nachfolgender Schwerhörigkeit 1996, ein Status nach Hysterektomie 1986 und ein Status nach Cholezystektomie 2010 genannt (AB 139.1, S. 50 f.). Polydisziplinär bestehe eine Einschränkung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... von 50% aufgrund der bestehenden Restsymptomatik nach Hüft-Totalprothesen-Implantation und Pfannenwechsel seit März 2016. Schweres Heben und Tragen von Lasten (max. 5-10 kg), einseitige Zwangshaltung, gebückte und kauernde Positionen sowie Stauch-

und Stossbelastungen seien nicht mehr zumutbar. Auch wiederholtes Treppensteigen, das Besteigen von Leitern oder Gerüsten seien nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (AB 139.1, S. 55 f.).

3.4 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).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2017 (AB 149) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 22. Dezember 2016 (basierend auf einer allgemeininternistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.4 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 Aus-

fürungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

3.5.1 In somatischer Hinsicht legte die orthopädische Gutachterin überzeugend dar, dass die Beschwerdeführerin infolge der Hüftoperation sowie dem komplexen Heilungsverlauf mit Prothesenluxation und einer Pfannenwechsel-Operation seit dem 6. Februar 2015 zu 100% arbeitsunfähig war. Unter Berücksichtigung der bestehenden Restsymptomatik bzw. der Einschränkungen bei längerem Gehen und stehen sowie im Rahmen der Belastbarkeit attestierte sie nachvollziehbar eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten bzw. von 80% in einer angepassten, leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, maximal 5 - 10 kg, ohne einseitige Zwangshaltung, ohne gebückte kauernde Position, ohne Stauch- und Stossbelastung, ohne ständiges regelhaftes Treppen gehen, Leiter und Gerüste steigen bzw. Gehen auf unebenem Gelände, ab März 2016, zumal die Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt ohne Stöcke gehen konnte (AB 139.1, S. 48 f.; vgl. auch E. 3.3.1 hiervor).

Diese Einschätzung stimmt insoweit mit dem Zumutbarkeitsprofil der Hausärztin Dr. med. F. _____ überein, als auch diese von einer leichten körperlichen Arbeit mit wechselbelastender Belastung mit sitzen, stehen sowie laufen, ohne heben und tragen von Lasten über 10 kg, ohne längere Strecken laufen zu müssen sowie ohne auf Treppen oder Gerüste steigen zu müssen, ausgeht (AB 87, S. 3; 122, S. 3). Soweit sie demgegenüber seit dem 26. Juli 2016 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert - die bisherige Tätigkeit erachtet sie als nicht mehr zumutbar (AB 87, S. 3; 122, S. 3) - überzeugt dies nicht, da die Allgemeinmedizinerin in ihrer Beurteilung der somatischen Komponente eine zu grosse Bedeutung zumisst und offenbar auch die aus ihrer Sicht bestehenden psychischen Beschwerden berücksichtigt (AB 87, S. 2 f.; vgl. hierzu E. 3.5.2 nachfolgend). Kommt hinzu, dass die Hausärztin im September 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend

machte, jedoch trotzdem weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestierte (AB 122, S. 2 f.). Die letzte Operation (Hüftpfannenwechsel im Juli 2015) lag im März 2016 inzwischen rund acht Monate zurück. Der behandelnde Prof. Dr. med. E. _____ stellte anlässlich der Konsultation vom 29. März 2016 (sowie in der Folge auch im Juni 2016) einen ordentlichen Heilungsverlauf fest (vgl. dazu auch AB 90, S. 4). Soweit immer noch Beschwerden bzw. Schmerzen im Bereich des Beckens bestehen, handelt es sich gemäss dessen Beurteilung um eine Irritation der Nerven bzw. der Muskelursprünge, welche mit Kraft- und Stretchingübungen verbessert werden kann (AB 117.2, S. 5; 122, S. 12 f.). Diese Restbeschwerden wurden - wie bereits erwähnt - von den Gutachtern im Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt (AB 139.1, S. 53). Dass Prof. Dr. med. E. _____ trotz der von ihm festgestellten gesundheitlichen Besserung von einer anhaltenden 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht (AB 118, S. 5), ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, zumal den jeweiligen Attesten keine Begründung zu entnehmen ist. Sodann unterscheidet er in seiner Beurteilung auch nicht zwischen der angestammten und einer angepassten Tätigkeit. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dies ist hier nicht der Fall.

3.5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25), diagnostiziert und festgehalten, dass die Beschwerdeführerin weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt ist (AB 139.1, S. 39). Der psychiatrische Gutachter führte schlussig aus, dass anlässlich der Untersuchung keine länger andauernde de-

pressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Erkrankung eruiert werden konnte. Für eine Angststörung bestehen keine Hinweise. Sodann konnte keine Minderbegabung festgestellt werden und es gibt keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, aus dem Formenkreis der Persönlichkeitsstörungen oder der somatoformen Erkrankungen. Gegen eine psychiatrische Erkrankung spricht denn auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin einen geregelten und relativ aktiven Tagesablauf hat und auch sozial eingebunden ist (AB 139.1, S. 32; vgl. auch AB 105, S. 3). Weiter wies der Experte auf verschiedene psychosoziale bzw. invaliditätsfremde Faktoren (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) hin (Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage, niedriges Bildungsniveau und Alter). Dies wie die Alkoholproblematik betrachtete er zu Recht als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. So begründet Alkoholismus nach ständiger Rechtsprechung für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1). Dies wurde jedoch im vorliegenden Fall durch den psychiatrischen Gutachter überzeugend verneint (AB 139.1, S. 38).

Mit der Beurteilung des MEDAS-Gutachters stimmen auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung vom 29. Juni 2016 überein, welche keine Hinweise auf eine erhöhte ängstliche oder depressive Symptomatik ergeben hatten (AB 101.1, S. 5). So wurde - aus kognitiver Sicht - eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unter Beachtung der erhöhten Vergesslichkeit attestiert (AB 101.1, S. 6). Insoweit ist - entgegen der Auffassung der Hausärztin Dr. med. F. _____ - keine weitere neuropsychologische Abklärung indiziert (AB 122, S. 5), zumal neuropsychologische Feststellungen letztlich lediglich Hilfscharakter haben, da die neuropsychologischen Testresultate nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119

V 335 E. 2b bb S. 341; UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.).

Die von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 27. September 2016 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ist - abgesehen davon, dass die Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit nicht eine medizinische Frage ist - mit Blick auf die Befundlage nicht überzeugend und nicht geeignet, den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens in Frage zu stellen.

3.6 Zusammenfassend ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2015 bis am 29. Februar 2016 zu 100% arbeits- und leistungsunfähig war. Seit dem 1. März 2016 ist die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 50% und in einer angepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

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

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

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 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juni 2015 (AB 34) sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 40% ohne wesentlichen Unterbruch) seit dem 6. Februar 2015 (vgl. E. 3.6 hiervoor) grundsätzlich der 1. Februar 2016 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Da die Beschwerdeführerin jedoch zu diesem Zeitpunkt bzw. vom 4. Januar bis am 19. Juni 2016 ein Belastbarkeitstraining und vom 20. Juni bis am 15. Juli 2016 eine AMA absolvierte (AB 81, 100, 105) und währenddessen ein entsprechendes Taggeld bezogen hat (AB 71, 82, 102), entsteht der hypothetische Anspruch erst nach Beendigung der AMA im Juli 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG sowie E. 2.3 hiervoor). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt seit August 2000 in einem 80%-Pensum als ... für die K. _____ AG (AB 14, 50). Diese Stelle wurde ihr aus gesundheitlichen Gründen per 31. Januar 2016 gekündigt (AB 54). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall immer noch für die K. _____ AG tätig wäre. Mit Blick auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 21. April 2009 ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100% arbeiten würde. So wurde im Jahr 2004 über kurze Zeit ein Arbeitsversuch mit einem 100%-Pensum durchgeführt. Aufgrund der zunehmend geklagten Beschwerden musste dieser Versuch jedoch abgebrochen werden. Die Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin zu 100% beschäftigt (AB 24, S. 5). Gemäss Fragebogen für Arbeitgebende vom 26. Juni 2015 erzielte die Beschwerdeführerin seit April 2009 bzw. im Jahr 2015 einen Lohn von Fr. 3'600.-- pro Monat bzw. Fr. 46'800.-- jährlich (Fr. 3'600.-- x 13; AB 49, S. 6; 50, S. 4). Aufindexiert auf das Jahr 2016 (BFS, Tabelle T1.2.10. Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2016, Zeile H: Verkehr und Lagerei, 2015 [102.9], 2016 [102.9]) und aufgerechnet auf ein 100%-Pensum resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 58'500.--.

4.4 Da die Beschwerdeführerin keiner ihr zumutbaren angepassten Tätigkeit nachgeht, sind für die Berechnung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. E. 4.1.2 hiervoor). Abgestellt auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Niveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Total, Frauen, ist von einem Einkommen von Fr. 4'300.-- pro Monat bzw. Fr. 51'600.-- pro Jahr auszugehen. Umgerechnet auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2016) und aufindexiert auf das Jahr 2016 (BFS, Tabelle T1.2.10. Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2016, Total, 2014 [103.6], 2016 [105.0]) ergibt dies ein Einkommen von jährlich Fr. 54'519.95 (Fr. 51'600.-- : 40 x 41.7 : 103.6 x 105.0). Unter Berücksichtigung der reduzierten Erwerbsfähigkeit von 20% (vgl. E. 3.6 hiervoor) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 43'615.95.

Da die medizinischen Einschränkungen bereits im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bzw. der angepassten Tätigkeit berücksichtigt worden sind, ist ein behinderungsbedingter Abzug nicht vorzunehmen (Entscheid des BGer

vom 5. Juli 2011, 8C_261/2011, E. 7.3). Weiter ist festzustellen, dass auch keine invaliditätsfremden Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn vorliegen (Schweizerin, im hier massgebenden Zeitpunkt 58 Jahre alt [AB 11]; vgl. E. 4.1.2 hiervor).

4.5 Nach dem Gesagten resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'500.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'615.95 eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 14'884.05, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 25% entspricht (vgl. E. 2.3 hiervor).

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2017 (AB 149) im Ergebnis als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.