

200 17 752 IV
KNB/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Januar 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch lic.iur. **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. Juni 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich – nach einer Früherfassung durch die Arbeitgeberin im Mai 2016 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2) – im Juni 2016 bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 9). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein, insbesondere ein Gutachten des C. _____ (MEDAS) vom 27. März 2017 (AB 51.1). Nach durchgeführten Vorbescheidverfahren (AB 54 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Juni 2017 den Anspruch auf berufliche Massnahmen (AB 63) und mit Verfügung vom 28. Juni 2017 den Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 64).

B.

Gegen die Verfügung der IVB vom 28. Juni 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch lic.iur. B. _____, mit Eingabe vom 29. August 2017 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 28. Juni 2017 sei aufzuheben.
2. Es seien die gesetzlichen Leistungen der IVG zu erbringen.
3. Eventualiter sei der Streitgegenstand an die Invalidenversicherung zurückzuweisen, mit der Verpflichtung der Sachverhalt sei rechtskonform zu erstellen und anschliessend sei ein neuer Entscheid zu erlassen.
4. Eventualiter seien berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen und anschliessend sei ein neuer Entscheid zu erlassen.
5. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.
6. Dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass er „sowohl somatische als auch somatoforme Schmerzen“ aufweise, welche von der MEDAS als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit taxiert würden. Eine Simulation liege nicht vor. Der medizinische Sachver-

halt sei ungenügend abgeklärt. Zudem sei beim Invalideneinkommen ein Abzug von 25% vorzunehmen. Am 13. Oktober 2017 zog der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück und am 14. Dezember 2017 reichte er den in Aussicht gestellten Bericht von Dr. med. D._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, vom 14. Dezember 2017 zu den Akten (Beschwerdebeilage [BB] 3).

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Mai 2018 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege als erledigt abgeschlossen.

In der Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2018 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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. 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 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 28. Juni 2017 (AB 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Nicht Teil des Anfechtungsobjekts und daher in diesem Verfahren nicht zu prüfen sind berufliche Massnahmen (vgl. dazu die unangefochten gebliebene Verfügung vom 7. Juni 2017 sowie BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164). Soweit der Beschwerdeführer solche beantragt (vgl. Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren 4), kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

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).

2.2.1 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).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht,

intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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 im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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 S. 308).

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 Dreiviertelrente, 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.

2.4 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen folgendes entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 15. Juli 2016 eine Somatisierungsstörung (aus den medizinischen Akten), rezidivierende Arthritiden (Vorfuss links 2016) und aktenanamnestisch diffuse, idiopathische, skelet-

tale Hyperostosen (AB 29, S. 11). Bei der klinischen Untersuchung sei vor allem die Art der Beschwerdepräsentation bei objektiv fehlenden, pathologischen Befunden aufgefallen. Den meist symptomatischen linken Ellbogen und die linke Schulter habe er zusätzlich sonographisch kontrolliert und mit Ausnahme diskreter Degenerationen der Rotatorenmanschette keine namhaften Befunde feststellen können. Namentlich würden sich im Moment auch beide Füsse reizlos präsentieren, offensichtlich ganz anders als noch zu Jahresbeginn mit starken Arthritiden im Vor- und Mittelfuss links. Der klinische Eindruck sei vor allem von der Diskrepanz zwischen den als ganz erheblich präsentierten Beschwerden bei objektiv fehlenden pathologischen Befunden geprägt. In den medizinischen Akten sei eine Somatisierungsstörung aufgeführt, welche dem ersten klinischen Eindruck recht gut entspreche. Es bestünden wenig Zweifel, dass der Beschwerdeführer an einer Psoriasis-Arthritis leide. Diese erscheine nur rezidivierend entzündlich zu sein, im Moment spontan remittiert. Er empfahl eine rheumatologische Verlaufsbegutachtung (AB 29, S. 13).

3.1.2 Der Beschwerdeführer war vom 17. bis am 18. August 2016 im Spital F._____ (Medizinisch-kardiologische Schwerpunktstation) hospitalisiert (vgl. dazu auch AB 4, S. 4; 17, S. 4 ff.). Die Ärzte nannten im Bericht vom 18. August 2016 als Hauptdiagnose eine muskuloskelettale Schmerzsymptomatik thorakal links, Differentialdiagnose: funktionell im Rahmen einer Angststörung, eine koronare 1-Gefässerkrankung und eine mikrozytäre hypochrome Anämie (AB 29, S. 4). Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis am 18. August 2016 attestiert (AB 29, S. 7).

3.1.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 11. September 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Panikattacken/Angststörung, eine koronare Herzerkrankung, eine Psoriasis, einen Verdacht auf eine Psoriasisathropathie, ein thorakales Schmerzsyndrom und eine Epikondylitis humeris med. links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine arterielle Hypertonie (AB 29, S. 1). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (AB 29, S. 2). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (AB 29, S. 3). Er attes-

tierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Juli bis am 13. November 2016 (AB 38).

3.1.4 Die Experten der MEDAS diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 27. März 2017 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8) und anamnestisch eine rezidivierende Psoriasis-assoziierte Arthritis (ICD-10: M09.01; AB 51.1, S. 27). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine koronare 1-Gefässerkrankung (ICD-10: I25.9), ein metabolisches Syndrom, eine substituierte Hypothyreose (ICD-10: E02), eine leichte Eisenmangelanämie (ICD-10: D50.9) und intrazerebrale Hämosiderinablagerungen unklarer Wertigkeit (MRI-Zufallsbefund, posttraumatisch?, ICD-10: R90.8) diagnostiziert (AB 51.1, S. 28). Aus interdisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer in körperlich schweren Tätigkeiten nicht arbeitsfähig. In einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (AB 51.1, S. 29).

3.1.5 Im Bericht vom 14. Dezember 2017 diagnostizierte Dr. med. D. _____, bei welcher der Beschwerdeführer aktuell einmal monatlich in Behandlung war, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und chronische Schmerzen. Die Arbeitsfähigkeit sei auf maximal 20% zu schätzen. Im Rahmen der Wiedereingliederungsmassnahmen der IV sei eine Arbeitsbelastungsprobe ausgeführt worden, welche eine maximale Belastung von täglich zwei Stunden gezeigt habe. Neben den chronischen Schmerzen sei (hierfür) vor allem der Konzentrationsmangel verantwortlich (BB 3).

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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 27. März 2017 (basierend auf einer allgemeininternistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Untersuchung) erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

3.4 In somatischer Hinsicht wird im rheumatologischen Teilgutachten schlüssig ausgeführt, dass radiomorphologisch gewisse arthrotische Veränderungen atlantodental sowie im thorakolumbalen Übergang und thorakal-ventral mit ossären Spangenbildungen im Sinne einer diffusen skelettalen Hyperostose (DISH) bestehen. Klinisch zeigen sich zudem Wirbelsäulenfehlhaltungen und eine Wirbelsäulenfehlform mit langgezogener betonter thorakaler Kyphose, betonter lumbaler Hyperlordose und s-förmiger Skoliose (AB 51.1, S. 20, 29). Demgegenüber zeigten sich im Rahmen der

Untersuchung vom 13. Februar 2017 weder am Achsenskelett noch an den oberen und unteren Extremitäten eindeutige Hinweise für die früher postulierte Spondylarthropathie bzw. es konnte keine aktive Psoriasis-Arthropathie objektiviert werden (AB 51.1, S. 22). Aufgrund der aktuellen Anamnese erfüllte der Beschwerdeführer die Klassifikationskriterien für eine axiale Spondylarthritis nicht, ebenso wenig für eine periphere Spondylarthritis (AB 51.1, S. 22 f.). Insgesamt fand der rheumatologische Gutachter sehr viele Inkonsistenzen in Bezug auf die Schilderung der alltäglichen Aktivitäten gegenüber den objektivierbaren Befunden (vgl. dazu auch die übereinstimmende Einschätzung von Dr. med. E. _____ vom 15. Juli 2016 [AB 29, S. 13]). Es konnte gemäss dem Gutachter der MEDAS nicht davon ausgegangen werden, dass sich die beklagten Leiden konsistent in allen vergleichbaren Lebensbereichen auswirken. Vom Bestehen der geltend gemachten Behinderung war er nicht adäquat überzeugt. Der rheumatologische Gutachter ging von einer deutlichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit sekundärer Selbstlimitierung aus (AB 51.1, S. 23). Aufgrund der aktuellen klinischen Befunde attestierte er in der zuletzt angestammten beruflichen Tätigkeit als ... sowie für sonstige körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten nachvollziehbar eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Es sollten einzig repetitiv, schwer manuell belastende Tätigkeiten vor allem der linken Hand vermieden werden. Ebenfalls sollte dem Beschwerdeführer ermöglicht werden, an seinem Arbeitsplatz die Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln zu können. Vermieden werden sollten stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts sowie repetitive Überkopfbewegungen des linken, nicht dominanten Arms. Es beständen keine Einschränkungen für leichte bis nur selten mittelschwer belastende Tätigkeiten mehrheitlich in Schulterneutralstellung, ebenso wenig beständen Einschränkungen im Bezug auf die Gehfähigkeit (AB 51.1, S. 23 f.). Der allgemeininternistische Gutachter diagnostizierte unter anderem eine koronare 1-Gefässerkrankung (ICD-10: I25.9) und attestierte aufgrund dessen eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 51.1, S. 9). Der Gesamtbeurteilung ist demgegenüber zu entnehmen, dass die koronare 1-Gefässerkrankung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (AB 51.1, S. 28 f.). Eine nähere Abklärung dieses Widerspruchs muss jedoch vorlie-

gend nicht vorgenommen werden. Selbst bei Annahme einer Auswirkung der koronaren 1-Gefässerkrankung auf die Arbeitsfähigkeit steht das entsprechende Zumutbarkeitsprofil nicht im Widerspruch zu demjenigen des rheumatologischen Gutachters. Vielmehr stimmen die Zumutbarkeitsprofile im Wesentlichen überein. Im neurologischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 51.1, S. 26 f.). Aus somatischer Sicht ist damit von einer 100%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit auszugehen.

3.5

3.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) diagnostiziert. Das Ausmass der geklagten Beschwerden (Rückenschmerzen, Herzbeschwerden, Atemnot, Schwindel, Parästhesien) und subjektiven Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, konnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen wurde. Eine weitere psychiatrische Störung konnte nicht diagnostiziert werden. Das Vorliegen einer Angststörung wurde verneint, da die Ängste den Beschwerdeführer im Alltag nicht einschränken. Auch die gelegentlich auftretenden, ängstlichen und depressiven Verstimmungen sind gemäss dem Experten Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der Somatisierungsstörung zu sehen. Eine eigenständige Angsterkrankung oder eine eigenständige depressive Störung konnte nicht festgestellt werden (AB 51.1, S. 12).

Soweit Dr. med. D._____ im Bericht vom 14. Dezember 2017 neben einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.0) und chronischen Schmerzen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) diagnostiziert (BB 3), vermag dies nichts an der Einschätzung des psychiatrischen Experten der MEDAS, welche auch für den Verfügungszeitpunkt Gültigkeit hat, zu ändern. So erfolgte die Diagnose einer depressiven Störung bzw. der Bericht von Dr. med. D._____ am 14. Dezember 2017 und damit nach

dem hier massgebenden Sacherhalt bis zur Zeit der Verfügung vom 28. Juni 2017 (AB 64; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Nach dem Erlass der Verfügung verfasste Arztberichte sind nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), was im vorliegenden Fall gegeben ist. So ist dem Bericht vom 14. Dezember 2017 nicht zu entnehmen, seit wann der Beschwerdeführer in der Behandlung von Dr. med. D._____ steht. Auch macht die behandelnde Ärztin keine rückwirkenden Angaben zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Im Übrigen ist schliesslich festzuhalten, dass für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens – nebst der nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem gestellten Diagnose (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) – eine Beurteilung durch einen Facharzt für Psychiatrie vorausgesetzt wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Dr. med. D._____ verfügt einzig über den Facharztstitel für Oto-Rhino-Laryngologie. Die von ihr gestellten psychiatrischen Diagnosen sowie auch die attestierte Arbeitsfähigkeit von bloss 20% entbehren sodann auch einer überzeugenden Begründung (vgl. dazu Anmerkung in E. 4.5 hiernach).

3.5.2 Dr. med. H._____ kommt unter Behandlung der versicherungsmedizinischen Fragen zum Ergebnis, dass die Somatisierungsstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet (AB 51.1, S. 13 - 15). Diese Ausführungen überzeugen. Damit fehlt es hinsichtlich eines psychischen Gesundheitsschadens an einer Grundvoraussetzung für eine Anspruchsberechtigung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. September 2018, 8C_175/2018, E. 4). Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, ist eine relevante Arbeitsunfähigkeit im Übrigen auch bei Anwendung der massgebenden Indikatoren (vgl. E. 2.2.2 hiervor) zu verneinen.

3.5.3 Zunächst ist festzuhalten, dass im Gutachten der MEDAS bzw. im rheumatologischen Teilgutachten auf Inkonsistenzen hingewiesen wird, fand sich in den entsprechenden Untersuchungen doch eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden (AB 51.1, S. 23, 28). Bereits im Bericht von Dr. med. E._____ vom 15. März 2013 wurde ausgeführt, dass der

klinische Eindruck vor allem von der Diskrepanz zwischen den als ganz erheblich präsentierten Beschwerden bei objektiv fehlenden pathologischen Befunden geprägt sei (AB 29, S. 11, 13). Das Vorliegen einer Aggravation bzw. eines Ausschlussgrundes wurde jedoch vom psychiatrischen Teilgutachter der MEDAS verneint (AB 51.1, S. 14; vgl. E. 2.2.2 hiervor). Ob sich bereits angesichts der aktenmässigen Hinweise auf Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, kann hier letztlich offen bleiben, sprechen die Standardindikatoren doch ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der psychischen Gesundheitsschäden (vgl. nachfolgende Ausführungen).

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): Hierzu 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 und dass das ausgehend vom diagnose-inhärenten Mindestschweregrad von der Rechtsprechung geforderte Vorliegen eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286) beim Beschwerdeführer nicht gegeben ist. Mit Blick auf den vom Beschwerdeführer angegebenen, durchaus strukturierten Tagesablauf mit sozialen Kontakten (AB 51.1, S. 11) kann nicht von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). So konnten im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung denn auch keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden. Der Beschwerdeführer erwähnte einzig eine leicht erhöhte Ängstlichkeit bezüglich seiner Herzbeschwerden. Es handelt sich dabei aber nicht um eine eigentliche Angststörung und der Beschwerdeführer ist durch seine Ängste bzw. psychopathologischen Symptome nicht im Alltag beeinträchtigt (AB 51.1, S. 13). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass im rheumatologischen Teilgutachten bzw. in der Gesamtbeurteilung auf eine Inkonsistenz im Rahmen einer ausgeprägten Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hingewiesen wird (AB 51.1, S. 23, 28, 30). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer gelegentlich ein

Gespräch mit seinem Hausarzt hat. Entgegen seinen Angaben nimmt der Beschwerdeführer jedoch die verordneten Antidepressiva nicht ein (AB 51.1, S. 14). Sodann steht der Beschwerdeführer nicht – jedenfalls nicht im hier massgebenden Zeitraum – in fachärztlicher Behandlung. Entsprechend dem psychiatrischen Gutachter ist die Kooperation bei den Therapien nur teilweise gegeben. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung hat keinen Krankheitswert und wird sich durch eine psychiatrische Behandlung kaum beeinflussen lassen. Eingliederungsmassnahmen erachtet Dr. med. H. _____ als ganztags und ohne jede Einschränkung zumutbar. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ist aber eine erfolgreiche Durchführung aus invaliditätsfremden Gründen kaum möglich (AB 51.1, S. 15). Er empfahl die Weiterführung der antidepressiven Therapie (AB 51.1, S. 13). Eine Behandlungsresistenz ist somit nicht gegeben. Weiter bestehen keine Komorbiditäten. Aus psychiatrischer Sicht findet sich - wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.5.1 hiervor) - keine eigenständige (schwere und nicht mehr angehbare) psychische Störung (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1) und die somatischen Beeinträchtigungen mit einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stehen der Überwindbarkeit nicht entgegen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). 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 (AB 51.1 S. 11 f.; BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Der Beschwerdeführer lebt zusammen mit seinen beiden Söhnen. Daneben gab er anlässlich der Begutachtung an, dass er Kontakt mit seinem Bruder, seinem Onkel und den Nachbarn habe (AB 51.1, S. 11). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben war. Während der Beschwerdeführer, welcher sich selbst nicht als arbeitsfähig sieht, tagsüber im Haushalt mithilft, Spaziergänge macht, kleine Einkäufe erledigt und gute sowie regelmässige soziale Kontakte pflegt, geht er keiner beruflichen Tätigkeit nach (AB 51.1,

S. 15). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen. Gestützt auf die massgebenden Indikatoren ist folglich nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die gestellte psychiatrische Diagnose – entsprechend dem schlüssigen Gutachten der MEDAS – eine erhebliche funktionelle Einschränkung bewirkt. Mithin kommt der diagnostizierten Somatisierungsstörung keine invalidisierende Wirkung zu.

3.6 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In somatischer Hinsicht sind körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. In einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit besteht eine 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Gestützt auf dieses Zumutbarkeitsprofil ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

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 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 bei der IVB im Juni 2016 (AB 9) sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 40% ohne wesentlichen Unterbruch) seit dem 25. März 2016 (vgl. AB 4) der 1. März 2017 (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.3 Der Beschwerdeführer arbeitete seit Oktober 1993 als ... für die I._____ AG (vgl. AB 16). Diese Stelle wurde ihm aus gesundheitlichen Gründen per 30. November 2016 gekündigt (AB 37). Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall immer noch für die I._____ AG tätig wäre. Gemäss Fragebogen Arbeitgeber vom

13. Juli 2016 hat der Beschwerdeführer im Jahr 2015 insgesamt Fr. 68'701.-- (inkl. 13. Monatslohn) verdient (AB 16, S. 5). Aufindexiert auf das Jahr 2017 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 69'295.50 (BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer 2011 - 2017, Zeile C: Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, 2015 [104.0], 2017 [104.9]).

4.4 Da der Beschwerdeführer keiner ihm zumutbaren angepassten Tätigkeit nachgeht, sind für die Berechnung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abgestellt auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Niveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Total, Männer, ist von einem Einkommen von Fr. 5'312.-- pro Monat bzw. Fr. 63'744.-- pro Jahr auszugehen. Umgerechnet auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2017) und aufindexiert auf das Jahr 2017 (BFS, Tabelle T1.1.10. Nominallohnindex, Männer 2011 - 2017, Total, 2014 [103.2], 2017 [104.6]) ergibt dies ein Invalideneinkommen von jährlich Fr. 67'354.60 (Fr. 63'744.-- : 40 x 41.7 : 103.2 x 104.6).

Der Beschwerdeführer kann nur noch angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausführen, weshalb sich das Tätigkeitsspektrum verringert – körperliche Schwerarbeiten sind nicht mehr möglich. Weitere invaliditätsfremde Gründe, die einen Abzug rechtfertigen würden, liegen nicht vor. Der Beschwerdeführer war im hier massgebenden Zeitpunkt 53 Jahre alt, seit 1988 in der Schweiz und seit 2006 Schweizer Bürger (vgl. AB 8 f., 23). Der von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte leistungsbedingte Abzug von 5% erscheint unter diesen Umständen angemessen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Demnach ergibt sich ein Invalideneinkommen von jährlich Fr. 63'986.90.

Es bleibt anzufügen, dass selbst bei Gewährung des maximal zulässigen Abzuges von 25% – wie ihn der Beschwerdeführer geltend macht – und damit einem Invalideneinkommen von Fr. 50'515.95 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht würde (vgl. E. 4.5 hiernach).

4.5 Zusammenfassend resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'295.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 63'986.90 (bzw. Fr. 50'515.95) eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 5'308.60

(bzw. Fr. 18'779.55), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 125) 8% (bzw. 27%) entspricht (vgl. E. 2.3 hiervor).

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

Da vorliegend nur der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 28. Juni 2017 zu beurteilen ist (vgl. dazu E. 3.5.1 hiervor), ist der Beschwerdeführer abschliessend darauf hinzuweisen, dass es ihm frei steht, bei einer allfälligen Veränderung bzw. Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes eine Neuanmeldung einzureichen. Eine Meldung bei der Invalidenversicherung steht dem Beschwerdeführer ebenfalls betreffend allfälliger Eingliederungsmassnahmen frei, soweit er sich subjektiv als eingliederungsbereit erachtet.

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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - lic.iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.