

200 21 763 IV
FUE/SAW/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juli 2022

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Baumann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. September 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt von 9. März 2007 bis 31. Oktober 2020 bei der C._____ AG vollschichtig als ... angestellt gewesen (letzter effektiver Arbeitstag: 30. April 2020), meldete sich im Oktober 2020 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, [act. II] 1, 15 S. 1 f.). Nach erwerblichen und medizinischen Erhebungen teilte die IVB dem Versicherten am 27. Oktober 2020 (act. II 21) mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und verneinte – nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der MEDAS (act. II 59.1 - 59.6) sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 61, 65, 67, 70) – mit Verfügung vom 30. September 2021 (act. II 71) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B._____, am 1. November 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. September 2021 sei aufzuheben.
2. a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die versicherten Leistungen (IV-Rente, berufliche Massnahmen) nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 40% zzgl. Verzugszins zu 5% ab wann rechtens zuzusprechen.
b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und/oder beruflich-konkrete Abklärungen durchzuführen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Am 23. und 24. November 2021 reichte der Beschwerdeführer ergänzende Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (Akten des Beschwerdeführers, [act. IA] 1 ff.).

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. November 2021 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mangels Prozessarmut ab.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2021 die Abweisung der Beschwerde.

Auf Nachfrage des Instruktionsrichters hin (vgl. prozessleitende Verfügung vom 8. Dezember 2021) hielt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. Dezember 2021 an der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung fest. Zudem reichte er – nach entsprechendem Antrag (vgl. Schreiben vom 22. Dezember 2021 und prozessleitende Verfügung vom 27. Dezember 2021) – mit Eingabe vom 8. März 2022 eine Replik samt Beilage (Akten des Beschwerdeführers, [act. I] 4) ein, wobei er an den bisher gestellten Rechtsbegehren festhielt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. März 2022 wurde die Replik der Beschwerdegegnerin zugestellt.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. September 2021 (act. II 71). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; BBl 2020 5535 ff.) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit 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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.3.1 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.2 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. 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 die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 11. November 2020 (act. II 33) führte der Hausarzt, Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 2 Ziff. 2.5):

1. Mittelschwere depressive Episode
 - Vd. auf Panikstörung
 - Vd. auf posttraumatische Belastungsstörung
2. Degenerative HWS-Veränderungen mit Zervicobrachialgie, muskulärem Hartspann Trapeziusrand und Supraspinatus rechts
3. Subacromiales Reizsyndrom Schulter rechts mit Tendinopathie der Supraspinatussehne
4. Koronare Kardiopathie mit NSTEMI am 17.2.2019
(...)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II, eine Hypercholesterinämie, eine sensible Polyneuropathie und ein leichtgradiges sensibles Karpaltunnel-Syndrom beidseits, unklare Sensibilitätsstörung in der ulnarseitigen Hand und dem ulnarseitigen Unter- und Oberarm, differentialdiagnostisch C8/Th1 oder Reizung des unteren Plexusanteils, an (S. 3 Ziff. 2.6). Aktuell dominiere die Angstproblematik. Der Patient habe 10 bis 100-mal mehr Angst als im Krieg, obschon viele Menschen um ihn herum gestorben seien. Die Situation habe sich im Verlauf der etwa zwei letzten Jahre entwickelt. Der Patient habe am Arbeitsplatz sehr viel Druck erlebt, was sich wie ein Stein auf der Brust ausgewirkt habe. Die Symptomatik könne vielleicht schlecht von der koronaren Symptomatik getrennt werden. Der Patient habe sich unwohl gefühlt, habe den Eindruck gehabt, die Mitarbeiter würden über ihn lachen. Das Ganze habe zu einem sozialen Rückzug im Rahmen der depressiven Entwicklung geführt. Die Nacken-Schulterproblematik habe zu einer zusätzlichen Einschränkung des Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit geführt (S. 2 Ziff. 2.2). Eine Erwerbstätigkeit sei aktuell nicht möglich (S. 3 Ziff. 4.1).

3.1.2 Dr. med. E._____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Dezember 2020 (vgl. undatierter Bericht,

act. II 34) als Diagnose eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.2) fest (S. 5 Ziff. 2.5). Ab dem 22. Juni 2020 attestierte sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.3). Die Symptomatik sei seit ca. drei bis vier Jahren manifest. In den letzten zwei Jahren sei es zur deutlichen Progredienz mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen (S. 4 Ziff. 2.1). Der Patient bemühe sich, die Tagesstruktur aufrechtzuerhalten (Garten, helfe der Ehefrau zum Teil; S. 6 Ziff. 3.1).

3.1.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten (act. II 59.1 - 59.6) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie/Traumatologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (act. II 59.1 S. 8 f. Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1)
2. Traumafolgestörung (PTBS; ICD-10: F43.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Initiale Omarthrose, bei freier Funktion
2. Chronisches Cervikalsyndrom ohne nennenswerte Funktionseinschränkung und ohne Nachweis einer Reizsymptomatik
3. Diabetes mellitus Typ II
(...)
4. Dyslipidämie
(...)
5. Chronisches Koronarsyndrom
(...)
6. Arterieller Hypertonus
(...)
7. Geringgradige normochrome Anämie
8. Diskretes sensibles Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts
9. Leichtgradige sensible Nervenwurzelaffektion S1 rechts ohne neuropathisches Schmerz-Syndrom
10. Aktenkundig sensibles Karpaltunnel-Syndrom bds., rechts betont

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. März 2021 (act. II 59.4) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, fest, bei der Untersuchung hätten im Querschnitt des erhobenen psychopathologischen Befundes Symptome identifiziert werden kön-

nen, die nach ICD-10 und dem entsprechenden Algorithmus einer mittelschweren Depression entsprächen. Hierbei seien die Haupt- und Nebenkriterien erfüllt. Aufgrund des Verlaufs und der Anamnese sowie den fremdanamnistischen Angaben lasse sich auch eine Traumafolgestörung identifizieren, gekennzeichnet durch sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen (Intrusionen), Alpträume, Bilder sowie Schlafstörungen, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, einen allgemeinen Rückzug, Interessenreduktion und innere Teilnahmslosigkeit (S. 9 Ziff. 6). Im Rahmen der aktuellen Defizite im Bereich der Konzentration, Aufmerksamkeit, inneren Unruhe und Angespanntheit sei der Versicherte schon seit Juni 2020 nicht in der Lage, seiner angestammten Tätigkeit nachzugehen. Auch für eine optimal angepasste Tätigkeit sei der Versicherte aufgrund psychischer Minderbelastbarkeit nicht in der Lage, einer solchen aktuell nachzugehen (S. 13 Ziff. 2). Die erfassten psychopathologischen Befunde und Symptome seien evident, es bestände Konsistenz zwischen den erfassten und den in den Akten beschriebenen Symptomen (S. 11 Ziff. 7.3).

Aus neurologischer Sicht hätten sich weder aktenkundig noch nach der gutachterlichen Anamnese und Untersuchung Belege für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung mit Auswirkung auf die persönliche, berufliche und gesundheitliche Entwicklung der versicherten Person ergeben (neurologisches Teilgutachten vom 8. April 2021, act. II 59.6 S. 8 Ziff. 7.1). Der Untersuchungsraum sei mit einem flüssigen Gangbild betreten worden. An- und Auskleiden sei selbständig und geschickt gelungen. Der Kopf sei spontan frei in alle Richtungen gewandt worden. Während der gesamten Untersuchung habe kein schmerzgeplagter Eindruck bestanden. Es seien weder ein Schonsitz, ein Schongang noch Schonhaltungen ersichtlich gewesen (S. 4 Ziff. 4.3).

Im internistischen Teilgutachten vom 12. April 2021 (act. II 59.5) wurden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (S. 10). Wegen der koronaren Herzkrankheit sollten lediglich körperlich schwere Tätigkeiten vermieden werden (S. 9).

Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten vom 3. Juni 2021, act. II 59.3 S. 8 Ziff. 7.1). Er sei in der Lage, körperlich mittelschwere

Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 25kg durchzuführen. Tätigkeiten häufig über Kopf sollten vermieden werden (S. 9 Ziff. 7.4). Zur Konsistenz und Plausibilität legte der orthopädische Experte dar, Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen könnten nicht festgestellt werden. Eine deutliche Schwielenbildung in den Handinnenflächen und Fusssohlen sowie Schmutz-Inkrustierungen in den Papillarleisten der Fingerbeeren und Nagelfalzen zeugten von einer hohen körperlichen Aktivität. Der Versicherte mache keinen schmerzgeplagten Eindruck, auch sei der Leidensdruck nicht erhöht (S. 9 Ziff. 7.3).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 21. Juni 2021 (act. II 59.1) hielten die Gutachter fest, die orthopädischen, internistischen und neurologischen Gesundheitsstörungen schränkten den Versicherten weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für jegliche Verweistätigkeiten (S. 10 Ziff. 4.3).

3.1.4 Mit Stellungnahme an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 26. August 2021 (act. II 67 S. 2) legte Dr. med. E. _____ dar, wegen einer suizidalen Exazerbation im Oktober 2018 habe sich mit der zusätzlichen Belastung eine dysfunktionale Bewältigung chronifiziert. Die bereits eingeschränkten Ressourcen des Patienten seien durch die chronifizierte Situation massiv beeinträchtigt. Man könne von einer störungsspezifischen Ressourcenlimitierung ausgehen. Aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht sei die Tatsache, dass sich der Patient im Garten aufhalte, dort aktiviert werde und eine gewisse Tagesstruktur gewährleistet sei, therapeutisch äusserst sinnvoll und damit medizinisch indiziert. Die Ressourcenlimitierung und die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und vor allem der Lebensqualität seien deutlich. Die Arbeitsunfähigkeit werde auf 100% bemessen (S. 3).

3.1.5 Der Beschwerdeführer war vom 14. bis 18. Juni 2021 stationär im Spital G. _____ in Behandlung. Im Bericht vom 5. Juli 2021 (act. II 70 S. 3) wurden als Hauptdiagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) dia-

gnostiziert (S. 3). Im Vordergrund der Beschwerden sei eine posttraumatische Symptomatik gestanden. Unter der Therapie habe eine rasche Verbesserung der Schlafqualität erreicht werden können. Nach vier Tagen sei der Patient in stabilisiertem Zustand bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung ausgetreten (S. 5).

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 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 MEDAS-Gutachten erfüllt in Bezug auf die somatischen Disziplinen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervoor) und überzeugt insoweit. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt den somatischen Teilgutachten voller Beweiswert

zu (BGE 143 V 124; bezüglich der psychiatrischen Beurteilung vgl. E. 3.4.1 hiernach).

3.3.1 Aus neurologischer Sicht wurde schlüssig ausgeführt, dass in diesem Bereich keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorliegen (act. II 59.6 S. 7 f. Ziff. 6 und 7.1). Auch im orthopädischen und internistischen Teilgutachten stellten die Experten nach ausführlicher Begründung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 59.3 S. 7 f. Ziff. 6 und 7.1, 59.5 S. 8 ff. Ziff. 6). Orthopädischerseits sollten einzig Tätigkeiten häufig über Kopf (act. II 59.3 S. 9 Ziff. 7.4) und internistischerseits wegen der koronaren Herzkrankheit körperlich schwere Arbeiten (act. II 59.5 S. 9) vermieden werden.

3.3.2 Die in der Beschwerde vorgebrachten Einwände vermögen den Beweiswert der somatischen Expertisen nicht zu erschüttern. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das MEDAS-Gutachten überzeuge nicht, weil den Akten Hinweise auf ein paroxysmales Vorhofflimmern zu entnehmen seien, das nicht abschliessend abgeklärt worden sei (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 8), kann ihm nicht gefolgt werden. Im Rahmen der internistischen Begutachtung war zwar ein unregelmässiger Herzschlag auffallend (act. II 59.5 S. 7 Ziff. 4.3, S. 9 Ziff. 6), in der aufgrund dieses Befunds zwei Tage später durchgeführten kardialen Auskultation zeigte sich jedoch eine regelmässige Herzaktion (act. II 59.5 S. 9 Ziff. 6). Der internistische Experte hielt daher einzig fest, es könne nicht ausgeschlossen werden, dass z.B. ein intermittierendes Vorhofflimmern vorgelegen habe. Allein aus einer nicht auszuschliessenden Diagnose lässt sich – woran die zum Gutachten konträren Mutmassungen des Rechtsvertreters und medizinischen Laien nichts ändern (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1 i.f.) – jedoch noch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ableiten (zur Bedeutung von Verdachtsdiagnosen: Entscheid des BGer vom 19. März 2018, 9C_795/2017, E. 3.1.2 a maiore ad minus). Mithin überzeugt die internistische Beurteilung, wonach sich – unter Berücksichtigung, dass während der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine kardiale Dekompensation oder auf eine Herzinsuffizienz bestanden – aus der koronaren Herzerkrankung keine funktionellen Auswirkungen ergeben (act. II 59.5 S. 9).

Im Weiteren legte der neurologische Experte – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 10 Ziff. 9) – gestützt auf die Anamnese und die klinisch-neurologischen Befunde, namentlich den (normalen) Hirnnervenstatus, die Reflextätigkeit, die Motorik und die Sensibilität (act. II 59.6 S. 4 f. Ziff. 4.3), nachvollziehbar und überzeugend dar, dass sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer distal-symmetrisch sensiblen diabetischen Polyneuropathie ergaben (act. II 59.6 S. 7 Ziff. 6 i.f.). Der Einwand, ein Ausschluss einer Polyneuropathie ohne Elektroneurographie und Elektromyographie sei „nicht lege artis“ (Beschwerde S. 10 Ziff. 9), geht fehl, stellen die Elektroneuro- und Elektromyographie doch lediglich Elemente der neurophysiologischen *Zusatzdiagnostik* dar, wogegen die (Grund-)Diagnostik Anamnese, Beschwerdeschilderung und klinischen Befund umfasst (statt vieler: HEUSS D. ET AL., Diagnostik bei Polyneuropathien, S1-Leitlinie, 2019, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, S. 9 f. und S. 17 f.).

Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, weshalb die – neurologisch nicht vorbeschriebene – leichtgradige sensible Nervenwurzelaffektion S1 rechts entgegen dem Gutachten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte, wie der Beschwerdeführer sinngemäss postuliert (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 9), zumal zum Untersuchungszeitpunkt eine wesentliche und beeinträchtigende Schmerzproblematik bzw. ein neuropathisches Schmerzsyndrom oder andere einschlägige Beschwerden nicht reklamiert wurden (act. II 59.6 S. 8 Ziff. 7.3 und S. 9 Ziff. 7.4).

3.4 Im psychiatrischen Teilgutachten wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine Traumafolgestörung (PTBS; ICD-10: F43.1) diagnostiziert (act. II 59.4 S. 9 Ziff. 6). Hieraus leitete der psychiatrische Experte sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für jegliche Verweistätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab April 2020 ab (act. II 59.4 S. 11 f. Ziff. 8). Wie im Folgenden aufgezeigt wird, vermag das psychiatrische Teilgutachten aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen.

3.4.1 Zunächst ist in Bezug auf die Befunderhebung sowie die anamnestischen Angaben augenfällig, dass sich die Ausführungen im psychiatri-

schen Teilgutachten unter dem Titel Konsistenz und Plausibilität in der nicht weiter begründeten Aussage erschöpfen, die erfassten psychopathologischen Befunde seien evident und es bestehe Konsistenz zwischen den erfassten Symptomen und den in den Akten beschriebenen Symptomen (act. II 59.4 S. 11 Ziff. 7.3). Dabei liess der psychiatrische Gutachter jegliche Auseinandersetzung mit den überzeugend begründeten Feststellungen des orthopädischen Gutachters vermissen, wonach die deutliche Schwielenbildung in den Handinnenflächen und den Fusssohlen sowie die Schmutzinkrustierungen in den Papillarleisten der Fingerbeeren und Nagelfalzen von einer „hohen körperlichen Aktivität“ zeugen und wonach Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen nicht festgestellt werden konnten (act. II 59.3 S. 8 Ziff. 7.1 und 7.3). Der orthopädische Gutachter hielt zudem fest, der Beschwerdeführer mache keinen schmerzgeplagten Eindruck und auch der Leidensdruck sei nicht erhöht (act. II 59.3 S. 9 Ziff. 7.3). Die vom orthopädischen Experten attestierte hohe körperliche Aktivität korreliert denn auch mit den Schilderungen des Tagesablaufs gegenüber dem neurologischen Gutachter, wonach der Beschwerdeführer nach dem Frühstück Übungen mache, anschliessend für etwa zwei Stunden spazieren gehe, nach dem Mittagessen im Garten sei und nochmals „mindestens“ für eineinhalb Stunden spazieren gehe, gelegentlich auch Velo fahre und sich mit dem Sohn und seiner Tochter treffe (act. II 59.6 S. 3). Diese von den somatischen Experten festgehaltenen Angaben lassen sich kaum mit dem vom psychiatrischen Gutachter erhobenen, passiv geschilderten Tagesablauf vereinbaren, wonach der Beschwerdeführer gegen 10 Uhr „versuche“, sich ausserhaus zu bewegen oder sich im Garten aufzuhalten, er auch am Nachmittag „versuche“, einen Spaziergang zu machen oder sich im Garten aufzuhalten und am Abend „versuche“, sich mit Fernsehen abzulenken, zumal er nicht lesen könne, weil die Konzentration dafür nicht ausreiche (act. II 59.4 S. 6; vgl. auch Beschwerde S. 8, wonach er ein „vita minima“ führe). Weiter gab der Beschwerdeführer während der psychiatrischen Begutachtung an, wenn er lange Zeit sitze und auf seinen Ischias Druck ausübe, sei das für ihn fast unerträglich und er müsse die Position wechseln. Seine körperlichen Einschränkungen seien, dass er nicht länger als fünf Minuten in einer Position sitzen könne (act. II 59.4 S. 3 f. Ziff. 3.2). Demgegenüber hielt der neurologische Experte fest, während der ganzen Untersuchung – die von 11.00

Uhr bis 12.30 Uhr gedauert hat (vgl. act. II 59.6 S. 1) – habe kein schmerzgeplagter Eindruck bestanden. Es seien kein Schonsitz, kein Schongang und keine Schonhaltung eingenommen worden (act. II 59.6 S. 4 Ziff. 4.3). Diese von den somatischen Experten erhobenen Befunde und beobachteten Verhaltensweisen hat der psychiatrische Gutachter – der die somatischen Erkenntnisse in der psychiatrischen Beurteilung zu berücksichtigen hat (vgl. S. 14 Fn. 6 und S. 20 Ziff. 6.2 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. vollständig überarbeitete und ergänzten Auflage, Stand: 16.6.2016) – nicht einmal ansatzweise in seine Beurteilung einfließen lassen.

Damit bestehen erhebliche, unaufgelöste Widersprüche zwischen den somatischen und dem psychiatrischen Teilgutachten. Eine eigentliche Klärung dieser Widersprüche fand in der Konsensbesprechung – die eine Besprechung und einen Abgleich allfälliger Diskrepanzen mit den jeweiligen Teilgutachtern vorsieht (vgl. S. 5 Ziff. 4.1.1 der Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin, Stand: 4.12.2020, nachfolgend: Leitlinien zur Konsensbeurteilung) – offensichtlich nicht statt, hielten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung doch einzig und lediglich floskelhaft (ohne überhaupt Differenzen zu benennen) fest, Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten beruhten auf subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers und hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb diese nicht nochmals anlässlich eines erneuten Gesprächs bzw. Untersuchs verifiziert worden seien (vgl. act. II 59.1 S. 13). Damit fehlt eine nachvollziehbare Erklärung der Diskrepanzen. Zudem war in concreto, d.h. bei kontroverser Beurteilung namentlich der Konsistenz und Plausibilität durch die verschiedenen Teilgutachter (act. II 59.3 S. 9 Ziff. 7.3, 59.4 S. 11 Ziff. 7.3), eine Konsensbesprechung im Rahmen des hier durchgeführten E-Mail-Verkehrs (act. II 59.1 S. 12 Ziff. 5) nicht ausreichend (vgl. S. 4 Ziff. 3 und S. 5 Ziff. 4.1.2 der Leitlinien zur Konsensbeurteilung, wonach bei relevanten Diskrepanzen eine Konsenskonferenz durchzuführen ist; vgl. auch GABRIELA RIEMER-KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 3. Aufl., 2017, S. 60).

Abgesehen davon, dass – wie aufgezeigt – die Befundlage als Grundlage für die psychiatrische Diagnosestellung widersprüchlich ist, überzeugt letztere auch aus weiteren Gründen nicht. Betreffend die depressive Episode unterliess es Dr. med. F. _____ darzulegen, welche der typischen und weiteren Symptome (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 f.) er im Einzelnen als erfüllt erachtete (vgl. act. II 59.4 S. 9 Ziff. 6). Damit ist für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar, ob die klassifikatorischen Kriterien tatsächlich eingehalten wurden (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Was die diagnostizierte Traumafolgestörung bzw. PTBS anbelangt, fehlt entgegen den bundesgerichtlichen Vorgaben (Entscheid des BGer vom 16. Januar 2020, 9C_548/2019, E. 6.3.1) eine eingehende Prüfung der Latenzzeit zwischen initialer Belastung, in concreto den geschilderten Traumata im ... (1998-1999; vgl. act. II 59.4 S. 5), und dem Auftreten der Störung (ca. im Jahr 2020; act. II 59.4 S. 10 f. Ziff. 7.1), welche nach ICD-10 grundsätzlich wenige Wochen bis (sechs) Monate beträgt (DILLING et al., a.a.O., S. 208), sowie eine besondere Begründung, weshalb hier ganz ausnahmsweise ein (viel) späterer Beginn des Auftretens der Störung berücksichtigt werden soll. Mithin bleibt vom psychiatrischen Gutachter gänzlich unbegründet, weshalb der Beschwerdeführer über gut 20 Jahre nach den Traumata in der Lage war, namentlich vollschichtig erwerbstätig zu sein, mithin weshalb die Störung erst im Alter von 60 Jahren aufgetreten und zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben soll. In diesem Zusammenhang bleibt anzumerken, dass der behandelnde Hausarzt die Entstehung der psychischen Störung auf den Herzinfarkt im Jahr 2020 mit während der Corona-Pandemie zunehmender Angstproblematik gelegt hat (act. II 33 S. 2 Ziff. 2.1 f.), womit ein Konnex zur Traumafolgestörung fraglich scheint.

Nebst den bereits aufgezeigten Mängeln hat Dr. med. F. _____ lediglich oberflächlich – im Lichte von BGE 145 V 631 E. 4.3 S. 368 kaum hinreichend – mit Hinweis auf die aktuellen Defizite im Bereich der Konzentration (nota bene wiederum konträr zu den Feststellungen des Neurologen; act. 59.6 S. 6: „Konzentriert und aufmerksam, durch äussere Reize nicht ablenkbar“), Aufmerksamkeit, innere Unruhe und Angespanntheit dargelegt,

aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen (jedoch fraglichen) Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (act. II 59.4 S. 13. Ziff. 2). Dabei kam er – namentlich was die hiervor aufgezeigten Diskrepanzen in Bezug auf das Aktivitätsniveau betrifft – seiner Aufgabe als psychiatrischer Sachverständiger nicht nach, in seiner Begründung zur Arbeitsfähigkeit die sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken miteinzubeziehen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54). Nicht zuletzt fehlt eine Begründung, weshalb der Beschwerdeführer trotz der von ihm erhobenen Defizite im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit, woraus der Gutachter letztlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ableitete, zur aktiven Teilnahme als Autofahrer am Strassenverkehr – die ein erhebliches Mass an Aufmerksamkeit und Konzentration erfordert (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juli 2018, 8C_889/2017, E. 6.1.1 und vom 20. April 2016, 9C_753/2015, E. 3.1) – in der Lage ist (vgl. act. II 59.4 S. 6). Soweit dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Klinik H._____ vom 15. Dezember 2021 (act. I 4) zu entnehmen ist, „Autofahren geht anscheinend nicht mehr“ (S. 2 oben; vgl. auch Replik S. 4 Ziff. 7), widerspricht dies den gegenüber den verschiedenen MEDAS-Experten gemachten Angaben (vgl. act. II 59.3 S. 4, 59.4 S. 6, 59.6 S. 4 [wonach er einen PKW-Führerschein habe und mit dem Wagen des Sohnes mit Automat zum Einkaufen fahre]) bzw. stellt gegebenenfalls eine nach Verfügungserlass eingetretene und hier nicht zu berücksichtigende Veränderung dar (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), die allenfalls gar zur Meldung nach Art. 66c IVG mit daraus folgendem Entzug des Fahrausweises führen könnte. Auch hierüber wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen der noch durchzuführenden Abklärungen (E. 3.4.2 sogleich) zu befinden haben.

Schliesslich ging der psychiatrische Gutachter von einem therapeutisch angehbaren Geschehen aus, erachtete er eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit doch ausdrücklich als möglich, wobei er auf eine anstehende stationäre traumaspezifische Therapie verwies und eine Reevaluation sechs Monate nach Abschluss der Therapie empfahl (act. II 59.4 S. 13).

3.4.2 Zusammenfassend überzeugt das psychiatrische Teilgutachten angesichts der divergenten Befunderhebung bzw. Verhaltensbeobachtungen durch die verschiedenen Gutachter, der diesbezüglich fehlenden psychiatrischen Auseinandersetzung sowie interdisziplinären Konsensdiskussion, der nicht nachvollziehbaren bzw. nicht der gemäss den bundesgerichtlichen Vorgaben entsprechenden Diagnoseherleitung sowie der Mängel bei der Begründung der Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens nicht. Auf dieser Grundlage wäre ein Entscheid nur zulässig, wenn sich aus den übrigen Akten ein eindeutiges (negatives) Beweisergebnis ergäbe, was hier nicht der Fall ist (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E.5.4.3), kann doch insbesondere auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin (act. II 34, 67 S. 2) und der Psychiatrischen Dienste des Spitals G. _____ (act. II 70 S. 3) keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorgenommen werden. Folglich ist der medizinische Sachverhalt unzureichend abgeklärt und die Sache ist im Sinne des Eventualantrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Veranlassung eines psychiatrischen Gutachtens bei einer bislang nicht involvierten Stelle.

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der zuvor genannten Abklärungen über die IV-Leistungen neu verfüge.

Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung (vgl. BGE 136 I 279 E. 1 S. 281).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Der von Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ mit Kostennote vom 22. Dezember 2021 und Ergänzung vom 31. März 2022 geltend gemachte Aufwand von insgesamt Fr. 4'117.50 erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle hoch, ist aber gerade noch nicht zu beanstanden. Auf dieser Basis ist die Parteientschädigung auf total Fr. 4'614.40 (Honorar von Fr. 4'117.50 zuzüglich Auslagen von Fr. 167.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 329.90) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. September 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'614.40 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.