

FR_GERICHTE 605 2015 187 vom 26. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_187

FR: FR_GERICHTE 605 2015 187 du 26 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 187 del 26 giugno 2017

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 14. September 2015 gegen die Verfügung vom 4. August 2015 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. b) Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht;

vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Wird in einer Verfügung dem Versicherten gleichzeitig eine Rente mit rückwirkender Wirkung zu- gesprochen und diese in der Folge erhöht, gekürzt oder aufgehoben, so entspricht dies einer Re- visionsverfügung. Dabei ist es irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröff- net wird. In einem solchen Fall muss der Sachverhalt im Moment der Zusprechung der Rente mit dem verglichen werden, bei welchem die Rente erhöht, gekürzt oder aufgehoben wird (BGE 131 V

Kantonsgericht KG Seite 5 von 15 164 E. 2; 125 V 413 E. 2d). Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefoch- ten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass un- bestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 E. 2d mit Hinweisen). Der Zeitpunkt der Rentenanpassung bzw. Rentenaufhebung muss entsprechend Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorge- nommen werden (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil EVG I 21/05 vom 12. Oktober 2005 E. 3.3). Ge- mäss dieser Bestimmung ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 115 V 133 E. 2; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem ange- stammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massge- bend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizi- nischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversi- cherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicher- ten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. d) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widerspre- chenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizini- sche These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf

Kantonsgericht KG Seite 6 von 15 ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 3

Eingangs ist festzustellen, dass die Verwaltung – nachdem ihr die Angelegenheit mit Urteil des Kantonsgerichts vom 22. März 2012 zurückgewiesen worden war (605 2011 55) – auf die Neuanmeldung vom 12. November 2010 eingetreten ist und das Leistungsbegehren materiell geprüft hat. Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz den (medizinischen) Sachverhalt rechtsgenügend abklärt hat und dem Beschwerdeführer – aufgrund einer bloss vorübergehenden massgeblichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes – zu Recht nur eine befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat. a) Zunächst ist auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einzugehen, wie sie sich zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen materiell-rechtlichen Verfügung der Vorinstanz vom 4. September 2007 darstellte. Damals berief sich die Vorinstanz zur Begründung ihrer Leistungsverweigerung auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 7. November 2006 (Vorakten S. 284 ff.). In diesem Gutachten werden die folgenden Diagnosen (nach ICD-10) gestellt: Spannungskopfschmerzen (F44.2) und Lumboischialgie bei St.n. Minidiskektomie im November 2002 bei Diskushernie L5/S1 links (Vorakten S. 264). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass alle nicht kooperationsabhängigen neurologischen Befunde normal, die Befunde der maximalen Kraftentfaltung sowie der Sensibilitätsprüfung wegen ihrer Kooperationsabhängigkeit nicht verwertbar gewesen seien. Dieses Befundmuster habe sich auch in der neuropsychologischen Untersuchung, bei der sich ganz eindeutige Hinweise auf eine verminderte Anstrengungs- und Kooperationsbereitschaft ergeben hätten, gezeigt. Auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich Hinweise zumindest auf eine Aggravation von Beschwerden bzw. von geltend gemachten Einschränkungen finden lassen (Vorakten S. 266). Die früher ausgeübte Tätigkeit als Bau- resp. Fabrikarbeiter, bei der grosse Gewichte zu manipulieren seien, könne dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Beschwerden im LWS-Bereich bei Rest-/ Rezidivdiskushernie paramedian bis knapp foraminal links im Segment L5/S1 ohne Kompression nicht mehr zugemutet werden (Vorakten S. 266, 265, 264). Das Ausmass der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leistungseinschränkung für leichte, sitzende bzw. wechselbelastende Tätigkeiten sei jedoch medizinisch nicht nachvollziehbar; dies gelte auch für die anderen vom Beschwerdeführer und seiner Hausärztin geltend gemachten körperlichen Beschwerden (insbesondere die chronischen Kopfschmerzen, aber auch die arterielle Hypertonie, die Hautveränderungen auf der Brust und die von der Hausärztin diagnostizierte, sonst aber nirgends in den Akten auftauchende, angeblich rezessive Form einer Thalassämie) (Vorakten S. 266, 265). Vielmehr seien dem Beschwerdeführer – unter Berücksichtigung der Beschwerden im LWS-Bereich – leichte

körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung zwischen Sitzen und Stehen, ohne repetitives Heben und Tragen von schweren Gewichten, ohne repetitives Bücken oder repetitive Drehbewegungen des Rumpfes, möglichst unter Vermeidung von Nässe und Kälte, vollzeitig zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit aufgrund der häufigen und angeblich nicht immer mit Medikamenten behandelbaren Spannungskopfschmerzen um 10 Prozent leicht vermindert sei (Vorakten S. 264). Dieses interdisziplinäre Gutachten der MEDAS wurde vom RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als nachvollziehbar erachtet. Das Hauptproblem sei nicht der leichte körperliche Gesundheitsschaden, sondern die Rentenbegehrlichkeit und die auch

Kantonsgericht KG Seite 7 von 15 während der Begutachtung gezeigte verminderte Anstrengungs- und Kooperationsbereitschaft mit Leistungsverweigerung und Vortäuschen pathologischer Befunde. Bereits anlässlich einer neurochirurgischen Begutachtung im Jahr 2005 habe der damalige Gutachter eine rasche Arbeitsaufnahme empfohlen; auf weitere, den Beschwerdeführer krank machende medizinische Abklärungen sei zu verzichten (Stellungnahme vom 5. Dezember 2006, Vorakten S. 286). b) Seither wurden die folgenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen eingeholt resp. zu den Akten gereicht: aa) Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 8. Januar 2008 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom Juni 2006 eine im Wesentlichen unveränderte postoperative Situation L5/S1 paramedian links mit perineuralen Narben im Bereich des Abganges der Wurzel S1 links und des Duralschlauches in diesem Bereich. Unveränderte Resthernie. Keine Kompression (Klinik J. _____, Radiologie, Bericht vom 8. Januar 2008, Vorakten S. 451). Auch die Hausärztin, Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, beschrieb am 15. September 2008 einen gleichbleibenden Gesundheitszustand mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 Prozent für leichte Tätigkeiten (kein Heben, Möglichkeit der Wechselbelastung, keine Nachtarbeit, keine staubige und lärmige Umgebung) und verwies auf ein Arztzeugnis aus dem Jahr 2004 (Vorakten S. 365). bb) Bei Schmerzexazerbation lumbal mit Ausstrahlung ins rechte Bein wurde am 17. Februar 2010 erneut ein MRI der Lendenwirbelsäule durchgeführt, das eine neue Diskushernie L5/S1 paramedian rechts bei bekannter Rezidivhernie L5/S1 links mit Tangierung der Wurzeln S1 beidseits im Ursprung, eine stationäre kleine, nicht neurokompressive Diskushernie L4/5 median sowie stationäre basale Spondylarthrosen ergab (Klinik J. _____, Radiologie, Bericht vom 17. Februar 2010, Vorakten S. 449; vgl. auch Arztbericht von Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 19. Juni 2012, Vorakten S. 480). Nachdem der Beschwerdeführer vom 24. bis 25. Februar 2010 kurzzeitig hospitalisiert war (Klinik J. _____, Berichte vom 25. resp. 26. Februar 2010, Vorakten S. 463 ff.), trat er am 1. März 2010 erneut notfallmässig in die Klinik ein. Ein weiteres MRI der Lendenwirbelsäule vom 2. März 2010 ergab eine Progredienz der Diskushernie L5/S1 mit Ausbildung eines Sequesters rechts lateral und Kompression von S1, worauf am 3. März 2010 eine laterale Dekompression (mikrochirurgische Fenestration L5/S1 rechts, Narbenlösung, laterale Dekompression mit Recesso- und Foraminotomie S1, Sequesterentfernung und Diskektomie L5/S1 rechts; vgl. auch Operationsbericht vom 3. März 2010, Vorakten S. 437 f. und Austrittsbericht vom 12. März 2010, Vorakten S. 466 ff.) durchgeführt wurde. Dem Beschwerdeführer wurde vom 1. März 2010 bis 9. Mai 2010 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Klinik J. _____, Ärztliches Zeugnis vom 10. März 2010, Vorakten S. 379). Am 29. Oktober 2010 berichtete Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie FMH, über die vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen. Diese würden anamnestisch am ehesten für

Spannungskopfschmerzen sprechen. Bei der körperlichen Untersuchung finde sich ein etwas links betontes zervikales Schmerzsyndrom, möglicherweise mit der residuellen Lumbago in Zusammenhang stehend; es stelle sich aber natürlich die Frage der Tendenz zu einer sich ausbreitenden Schmerzsymptomatik. Zudem bestehe der Verdacht auf eine psychosoziale Belastungssituation (Vorakten S. 470 f.). Am 3. Dezember 2010 bestätigte die Hausärztin, Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, das Auftreten neuer gesundheitlicher Veränderungen: So sei im Februar

Kantonsgericht KG Seite 8 von 15 2010 eine Rezidivdiskushernie L5/S1 rechts aufgetreten, welche am 3. März 2010 operativ versorgt worden sei. Weiter bestehe eine nicht beherrschbare Schmerzsituation L5/S1 links mit Wurzelbeeinträchtigung durch Narbengewebe und Verdacht auf Fazettengelenksproblematik und -pathologie. Zusätzlich sei nun auch eine deutliche Arthrosierung aufgetreten resp. klar diagnostiziert worden (Vorakten S. 467). Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, stellte die folgenden Diagnosen: St.n. mikrochirurgischer Fenestration L5/S1 rechts, Narbenlösung, Dekompression mit Recesso- und Foraminotomie S1, Sequesterentfernung (3. März 2010) sowie St. n. Diskushernienoperation L5/S1 links (November 2002). Zusammenfassend habe der Beschwerdeführer von der Rezidivoperation im März 2010 deutlich profitiert. Er sei jetzt auf der rechten Seite beschwerdefrei. Auf der linken Seite würden mit Einstrahlen in die linke Gesässbacke lumbal noch residuelle Schmerzen bestehen bei mässiggradiger Diskusprotrusion auf Höhe L4/5, Spondylarthrose und Narbenbildung L5/S1. Ein CT-PRT L5 links vom 22. September 2010, eine Fazetteninfiltration L5/S1 beidseits vom 5. November 2010 und ein CT-Fazetten L5/S1 beidseits und peridural S1/2 vom 10. November 2011 hätten subjektiv keinen Effekt gezeigt (statt vieler: Bericht vom 2. Dezember 2011, Vorakten S. 443; vgl. auch Berichte vom 7. Oktober 2011, 16. September 2011 und 29. Oktober 2010, Vorakten S. 478 ff.). Am 20. Januar 2012 begab sich der Beschwerdeführer in die ambulante Schmerzprechstunde des N. _____, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, wo die Diagnose von residuellen lumbalen Schmerzen links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung nach links mit/bei deutlicher lumbosakraler Fazettengelenksarthrose linksbetont gestellt wurde. Während sich die Beschwerdesymptomatik rechts mit der Operation vom 3. März 2010 deutlich verbessert habe, bestehe links eine gleichbleibende Symptomatik wie vor der Operation. Zudem bestünden Hinweise für eine mittelschwere Depression (BDI-FS 11) mit psychosozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit und Existenzängsten (Vorakten S. 446 ff.). Diese Diagnosen wurden im Bericht vom 24. Mai 2012 bestätigt (Vorakten S. 472 f.). Im Arztbericht vom 19. Juni 2012 äusserte sich die Hausärztin, Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, dahingehend, dass die Operation im Februar 2010 eine Verbesserung der Lumboischialgie rechts gebracht habe, diese aber dann aber wieder rückläufig gewesen sei. Auf der linken Seite könne man seit der Operation eine Progredienz sowohl der Häufigkeit wie auch der Intensität der Schmerzen feststellen; dies trotz periduralen Infiltrationen und Facettengelenksinfiltrationen, Physio- und Schmerztherapie. Auch wenn anlässlich zweier Arbeitsversuche im Teilzeitpensum eine massive Verschlechterung der Rückensituation eingetreten sei, wäre es wünschenswert, eine berufliche Wiedereingliederung zu versuchen (Vorakten S. 480 f.). Dabei sei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sowohl in Bezug auf den zeitlichen Umfang wie auch in Bezug auf das Anforderungsprofil Rechnung zu tragen (Schreiben vom 19. Juni 2012, Vorakten S. 441). Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 19. Oktober 2012 ergab ein kleines Diskushernienrezidiv L5/S1 rechts mit Verlagerung der

Wurzel S1 rechts, eine mässig grosse Diskusprotrusion L4/5 links, eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 und eine leichtgradige Osteochondrose L4/5 (Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, Bericht vom 22. Oktober 2012, Vorakten S. 660 f.). Die auf Wunsch des Beschwerdeführers durchgeführte periradikuläre Infiltrationsbehandlung habe subjektiv wenig gebracht; objektiv hätten die Beschwerden etwas nachgelassen. Im Moment könne zugewartet werden (Bericht vom 12. Dezember 2012, Vorakten S. 658).

Kantonsgericht KG Seite 9 von 15 cc) Am 20. Januar 2014 wurde – im Rahmen des neurochirurgischen Gutachtens – ein MRI der Lendenwirbelsäule erstellt. Dieses ergab die folgenden Befunde: minime linkskonvexe Skoliose; mässiggradige Osteochondrose L5/S1 mit dorsomedianer, nach kaudal gerichteter, subligamentärer Diskushernie ohne Beeinträchtigung der S1-Wurzeln; epidurale Fibrose L5/S1 bds. mit Tangierung der S1-Wurzeln, jedoch keine überschüssende Narbenbildung; leichtgradige Osteochondrose L4/5 mit flacher dorsomedianer subligamentärer Diskushernie ohne Neurokompression; leichtgradige Spondylarthrose; kein enger Kanal; keine Hinweise auf Instabilität (Vorakten S. 584). Das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, datiert vom 21. Januar 2014 (Vorakten S. 606 ff.). Es werden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Vorakten S. 590): Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulärer/pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits mit/bei eingeschränkter Beweglichkeit der LWS, fehlendem Achillessehnenreflex rechts, flacher dorsomedianer Discushernie L4/5 ohne Neurokompression, flacher Discushernie L5/S1 ohne Neurokompression, normal ausgeprägter epiduraler Fibrose mit Wurzelangieung S1 beidseits und mässig ausgeprägter Osteochondrose und Spondylarthrose L4 bis S1; keine Instabilität. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Vorakten S. 589): Spannungskopfschmerzen, Hypertonie, gastroösophageale Refluxkrankheit. Seit der Operation vom 3. März 2010 würden erneut Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte und/oder linke Bein im Vordergrund stehen, wobei die Schmerzen die ganzen Beine, d.h. ventral und dorsal, miteinbeziehen und somit keinem radikulären Bereich entsprechen würden. Neurologisch lasse sich eine erheblich verminderte Beweglichkeit der LWS feststellen. Es bestehe jedoch kein sensomotorisches Defizit bei einem unklaren atypischen Nervendehnungsschmerz. Neuroradiologisch habe sich der am 19. Oktober 2012 nachgewiesene Befund einer Discushernie L4/5 mit möglicher Wurzelreizung L5 links und der Discushernie L5/S1 mit Wurzelkompression S1 rechts zurückgebildet. Da sich eine Discushernie nicht innerhalb von kurzer Zeit zurückzubilden vermöge, müsse schätzungsweise ab Herbst 2013 eine deutliche Besserung des Zustandes angenommen werden (vgl. Vorakten S. 587). Aktuell sei keine Wurzelkompression festzustellen, auch keine überschüssende Narbenbildung bei üblicher epiduraler Fibrose die Wurzeln S1 beidseits berührend. In dieser Situation müsse von einer möglichen residuellen Wurzelreizung S1 beidseits ausgegangen werden, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht zu begründen vermöge (Vorakten S. 589 f., S. 590). Mit Sicherheit habe nach den beiden operativen Eingriffen (2002 und 2010) eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Auf der körperlichen Ebene würden die degenerativen bzw. postoperativen Veränderungen L4/5 und L5/S1 mit der eingeschränkten Beweglichkeit der LWS eine berufliche körperlich belastende Tätigkeit beeinträchtigen mit der Folge, dass die bisherige Tätigkeit auf dem Bau oder in der Fabrik auch weiterhin nicht mehr zumutbar sei. Seit der Rückbildung der Discushernie L5/S1 rechts könne dem Beschwerdeführer aber eine angepasste Tätigkeit (regelmässige Positionswechsel, Gewichtslimite von 8 kg, kein anhaltend gebücktes Arbeiten oder

repetitives Bücken) während 6 Stunden täglich an 5 Wochentagen (75 Prozent) zugemutet werden, wobei zu Beginn möglicherweise kurzdauernd mit einer Leistungseinbusse von 10 Prozent infolge vermehrter Pausen gerechnet werden müsste (Vorakten S. 588 ff.). Am 10. Mai 2014 hielt die Gutachterin am medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil fest (regelmässige Positionswechsel, Gewichtslimite von 8 kg, kein anhaltend gebücktes Arbeiten oder repetitives Bücken). Im Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis 18. Oktober 2012 könne wahrscheinlich von

Kantonsgericht KG Seite 10 von 15 einer Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent für eine leichte Tätigkeit ausgegangen werden, da im MRI der LWS vom 5. Oktober 2011 nur eine Wurzelirritation und keine Neurokompression mehr nachweisbar gewesen und in den Arztberichten kein funktionelles Defizit beschrieben worden sei. Im Zeitraum vom 19. Oktober 2012 bis Herbst 2013 dürfte die Arbeitsfähigkeit wegen des MRI-Befundes vom 19. Oktober 2012 mit einem Discushernienrezidiv L5/S1 rechts und Wurzelkompression rechts vorübergehend auf 50 Prozent abgesunken sein. Da laut Akten nach der Infiltration vom 12. Dezember 2012 eine Besserung beschrieben worden sei, dürfte die Arbeitsfähigkeit für eine gut angepasste Tätigkeit allmählich bis Herbst 2013 wieder auf 75 Prozent angestiegen sein. Aufgrund des MRI-Befundes vom 20. Januar 2014 scheine sich die Situation seit Oktober 2012 nicht wesentlich verändert zu haben. Diese Angaben betreffen allerdings Zeitperioden, die ausschliesslich aufgrund der medizinischen Akten beurteilt werden könnten und nicht auf eigenen objektiven Untersuchungsbefunden beruhen, weshalb die Arbeitsfähigkeit in diesen Zeitabschnitten nur einer Schätzung entspreche (Vorakten S. 624 f.). In seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 erachtete der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, das erstattete neurochirurgische Gutachten als überzeugend. Insbesondere sei die von der Gutachterin angenommene Verbesserung des gesundheitlichen Zustands klar dargestellt und die Einschätzung der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit entspreche dem von ihr beobachteten Status. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt, zumal sich insbesondere auch der psychiatrische Zustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch die MEDAS vom 7. November 2006 offenbar nicht geändert habe (Vorakten S. 678). dd) Am 27. Dezember 2014 kamen die Dres. med. P. _____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, und Q. _____, Chefarzt der Abteilung für Neurochirurgie Klinikum R. _____ und Akademisches Lehrkrankenhaus S. _____, nach Studium des neurochirurgischen Gutachtens sowie der radiologischen Befunde und des Bildmaterials vom 19. Oktober 2012 und 20. Januar 2014 zu folgenden Ergebnissen und Empfehlungen: Im jüngeren MRI (Januar 2014) zeige sich Narbengewebe auf der Höhe L5/S1, was zu einem Schmerzsyndrom führen könne, aber nicht müsse (Postnukleotomiesyndrom). Unterhalb davon finde sich eine verdickt imponierende Nervenwurzel S1 rechts, was einem Neurinom entsprechen könne. Mit einiger Vorsicht könne vermutet werden, dass das Neurinom zwischen 2012 und 2014 etwas grösser geworden sei; bis im Januar 2014 sei es aber noch nicht zu einer Nervenkompression gekommen (ein Neurinom mache in der Regel erst Beschwerden, wenn es so wachse, dass es zu einer Nervenkompression führe). Kein neuer Bandscheibenvorfall (2014); keine entzündungssuspekten Veränderungen; keine tumorösen Raumforderungen. Keine Besserung im MRI vom Januar 2014 gegenüber der Voruntersuchung vom Oktober 2012 erkennbar. Aus radiologischer und neurochirurgischer Sicht werde empfohlen, ein neues MRI der LWS, eine neue neurochirurgische/neurologische sowie eine ergänzende psychologische/psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers zu veranlassen (Vorakten S. 681 f.). Am 1. Juni 2015

äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dahingehend, dass die Schlussfolgerungen der Dres. med. P. _____ und Q. _____ die allgemeine und vollständige radiologische und klinische Untersuchung der Gutachterin nicht in Frage stellen könnten. Der Beschwerdeführer sei nicht klinisch untersucht und entsprechend sei auch kein neuer entscheidender MRI-Befund entdeckt worden. Die Schlussfolgerungen des neurochirurgischen Gutachtens seien weiterhin als gültig zu betrachten (Vorakten S. 686).

Kantonsgericht KG Seite 11 von 15

E. 4

a) Vorliegend ist festzustellen, dass das neurochirurgische Gutachten vom 21. Januar 2014 (inkl. Ergänzung vom 10. Mai 2014) zu keinen Beanstandungen Anlass gibt. Das Gutachten basiert auf den der Gutachterin vollständig zur Verfügung gestellten medizinischen Akten (insbesondere den Röntgenbildern vom 19. Oktober 2012 und 20. Januar 2014), auf eigenen Untersuchungsbefunden vom 20. Januar 2014 sowie auf den Angaben des Beschwerdeführers. Das Gutachten (inkl. Ergänzung) ist umfassend, gut begründet, logisch und nachvollziehbar. Weder der RAD (Vorakten S. 678; siehe auch S. 686) noch die Hausärztin, welcher das Gutachten am 29. Januar 2014 zur Kenntnisnahme zugesandt wurde (Vorakten S. 609) oder die vom Beschwerdeführer konsultierten Dres. med. P. _____ und Q. _____ (Vorakten S. 681 f.) äussern Kritik am Gutachten. Die vom Beschwerdeführer gegen die Gutachterin resp. das Gutachten vorgebrachten Einwände sind nicht stichhaltig, wie nachfolgend aufzuzeigen ist: b) aa) Soweit der Beschwerdeführer auch im vorliegenden Verfahren erneut Einwände gegen die Gutachterin erhebt, ist er darauf hinzuweisen, dass bezüglich der geltend gemachten wirtschaftlichen Abhängigkeit der Gutachterin von der Vorinstanz bereits ein rechtskräftiges Urteil des Kantonsgerichts vorliegt. Die Einwände des hohen Alters, der jahrelangen Pensionierung und der angeblich fehlenden Weiterbildungen wurden bis dahin aktenkundig nicht thematisiert. Zwar ist die Zulässigkeit von Einwendungen gegen einen unabhängigen Sachverständigen keiner Frist unterworfen (vgl. Art. 44 ATSG). Nach Treu und Glauben hat die versicherte Person Einwendungen aber möglichst bald nach Kenntnisnahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben; deren Rechtzeitigkeit richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls (vgl. Urteil BGer 9C_950/2011 vom 9. Mai 2012 E. 1.1). Da die Gutachterin G. _____ dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bereits aus früheren Beschwerdeverfahren bekannt war, hätte der Einwand des hohen Alters bereits viel früher – namentlich anlässlich der Ablehnung vom 23. Juli 2012 (Vorakten S. 496 f.) bzw. des darauffolgenden Beschwerdeverfahrens (Vorakten S. 528 ff., 567 ff.) – vorgebracht werden können und müssen. Nun erfolgt dieser Einwand ganz offensichtlich zu spät. Insbesondere aber stellt das hohe Alter der Gutachterin keinen triftigen Grund nach Art. 44 Abs. 2 ATSG dar, weshalb ihre fachliche Kompetenz nicht schon alleine deshalb angezweifelt werden kann. Vielmehr ist massgebend, ob die Gutachterin nach bestem sachverständigem Wissen vorgeht, was vorliegend nicht bezweifelt werden kann. Was die geltend gemachte Ablehnung von Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie FMH angeht, so ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass der von ihm angerufene Art. 44 ATSG nur auf Gutachten Anwendung findet, nicht aber auf die Einholung weiterer ärztlicher Berichte. Ausserdem bringt der Beschwerdeführer auch gegen den Radiologen keine triftigen Gründe vor, sondern stellt dessen Unabhängigkeit einzig deshalb in Frage, weil die Gutachterin offenbar sämtliche MRI-Aufträge an ihn verteile. Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer

auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 6. Juni 2013 (605 2012 334) zu verweisen, wo unter anderem aus- geführt wird, dass das Argument der wirtschaftlichen Abhängigkeit auch nach dem Grundsatzurteil 137 V 210 nicht von Relevanz ist (insbesondere E. 3b). bb) Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten sei nicht schlüssig, und beruft sich dabei insbesondere auf den MRI-Befund vom 19. Oktober 2012. Damals wurde ein kleines Diskushernienrezidiv L5/S1 rechts mit Verlagerung der Wurzel S1 rechts, eine mässig grosse Dis- kusprotrusion L4/5 links, eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 und eine leichtgradige Osteochondrose L4/5 festgestellt (Dr. med. M._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, Bericht vom 12. Dezember 2012, Vorakten S. 660). Aufgrund dieses Befundes wurde eine periradikuläre Infiltration S1 durchgeführt, welche dem Beschwerdeführer subjektiv wenig gebracht habe; objektiv

Kantonsgericht KG Seite 12 von 15 hätten die Beschwerden aber etwas nachgelassen (Dr. med. M._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, Bericht vom 12. Dezember 2012, Vorakten S. 658). Bei ihrer Aussage, wo- nach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Herbst 2013 verbessert habe, stützte sich die Gutachterin aber nicht – wie es der Beschwerdeführer weismachen will – auf die- sen Bericht von Dr. med. M._____ vom 12. Dezember 2012, sondern vielmehr auf das MRI der Lendenwirbelsäule vom 20. Januar 2014 (minime linkskonvexe Skoliose; mässiggradige Osteo- chondrose L5/S1 mit dorsomedianer, nach kaudal gerichteter, subligamentärer Diskushernie ohne Beeinträchtigung der S1-Wurzeln; epidurale Fibrose L5/S1 bds. mit Tangierung der S1-Wurzeln, jedoch keine überschliessende Narbenbildung; leichtgradige Osteochondrose L4/5 mit flacher dor- somedianer subligamentärer Diskushernie ohne Neurokompression; leichtgradige Spondylarth- rose; kein enger Kanal; keine Hinweise auf Instabilität; Vorakten S. 584). Sie begründete die Ver- besserung des Gesundheitszustandes damit, dass sich die Diskushernie L5/S1 rechts mit Wurzel- kompression S1 rechts in der Zwischenzeit weitgehend zurückgebildet habe (Vorakten S. 591; auch S. 623). Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden, immerhin kam im MRI vom 20. Januar 2014 – im Gegensatz zum MRI vom 19. Oktober 2012 – gerade keine neurokompressiv wirksame Diskushernie mehr zur Darstellung, was im Übrigen auch von den Dres. med. P._____ und Q._____ bestätigt wird (Vorakten S. 681). Allerdings kann – entgegen der Gutachterin – nicht angenommen werden, dass bereits im Herbst 2013 eine Verbesserung eingetreten sei. Zwar führt die Gutachterin absolut überzeugend aus, dass sich eine Diskushernie nicht innerhalb von kurzer Zeit zurückzubilden vermöge (vgl. Vorakten S. 587). Da aber im Herbst 2013 kein MRI durchgeführt wurde, welches eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes bestä- tigt, ist im Folgenden davon auszugehen, dass die Verbesserung erst im Januar 2014 eingetreten ist (vgl. Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie FMH, Bericht vom 20. Januar 2014, Vorakten S. 584). Die Gutachterin geht sowohl in ihrem Gutachten vom 21. Januar 2014 als auch in dessen Ergän- zung vom 10. Mai 2014 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Herbst 2013 aus, erwähnt aber gleichzeitig, dass sich aufgrund des MRI-Befundes vom 20. Januar 2014 die Situa- tion seit Oktober 2012 nicht wesentlich verändert zu haben scheine (Vorakten S. 623; vgl. auch Dres. med. P._____ und Q._____, Vorakten S. 680). Diese Aussage steht in einem offensichtlichen Widerspruch zu ihren übrigen Ausführungen. Da die Gutachterin ausführlich und nachvollziehbar darlegt, weshalb anzunehmen sei, dass sich der Gesundheitszustand des Be- schwerdeführers seit Herbst 2013 verbessert habe, muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesem letzten Satz, der im Übrigen auch nicht weiter begründet wird, um einen offen- sichtlichen Fehler handelt. Da das Gutachten im

Übrigen widerspruchsfrei, nachvollziehbar und absolut überzeugend ist, vermag dieser Widerspruch die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu schmälern. Die Gutachterin hat den Grad der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (regelmässige Positionswechsel, Gewichtslimite von 8 kg, kein anhaltend gebücktes Arbeiten oder repetitives Bücken) im Zeitraum vom 1. Mai 2011 bis 18. Oktober 2012 und ab Herbst 2013 auf 75 Prozent und im Zeitraum vom 19. Oktober 2012 bis Herbst 2013 auf 50 Prozent festgesetzt. Wenn der Beschwerdeführer kritisiert, es handle sich bei diesen Angaben nur um eine Schätzung, so ist er darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit in der Regel um eine Schätzung handelt, die naturgemäss auch einen Ermessensspielraum umfasst (Urteil BGer 8C_740/2014 vom 11. Februar 2015 E. 3.4.2 mit Verweis auf Urteil BGer 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 4.1.3). Mit seiner diesbezüglichen Kritik ist er somit nicht zu hören.

Kantonsgericht KG Seite 13 von 15 Schliesslich kann auch den Einwänden des Beschwerdeführers gegen das MRI vom 20. Januar 2014 keine Folge gegeben werden, liegt es doch in der fachlichen Kompetenz des Radiologen zu entscheiden, in welcher Position (liegend, stehend, sitzend) ein MRI durchgeführt wird. Dass das MRI im konkreten Fall in liegender Position durchgeführt wurde, wurde weder von der Gutachterin, noch von den Dres. med. P._____ und Q._____ oder dem RAD kritisiert. Zudem haben die Beschwerden nach der periradikulären Infiltrationsbehandlung bereits im Dezember 2012 objektiv etwas nachgelassen (Vorakten S. 658). Es ist somit durchaus denkbar, dass sich die Diskushernie L5/S1 rechts mit Wurzelkompression S1 rechts noch weiter zurückgebildet hat und bis zum 20. Januar 2014 keine Wurzelkompression mehr vorlag. Dafür spricht auch, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum vom Dezember 2012 bis Januar 2014 aktenkundig keine weiteren MRI durchführen liess. c) Damit kann im Folgenden – gestützt auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. G._____ – in somatischer Hinsicht von folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden: Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulärer/pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits mit/bei eingeschränkter Beweglichkeit der LWS, fehlendem Achillessehnenreflex rechts, flacher dorsomedianer Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression, flacher Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression, normal ausgeprägter epiduraler Fibrose mit Wurzeltangierung S1 beidseits und mässig ausgeprägter Osteochondrose und Spondylarthrose L4 bis S1; keine Instabilität. Die bisherige Tätigkeit auf dem Bau oder in der Fabrik ist dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit (regelmässige Positionswechsel, Gewichtslimite von 8 kg, kein anhaltend gebücktes Arbeiten oder repetitives Bücken) kann dem Beschwerdeführer aber grundsätzlich zu 75 Prozent (im Zeitraum von Oktober 2012 bis Januar 2014 zu 50 Prozent) zugemutet werden, wobei zu Beginn möglicherweise kurzdauernd mit einer Leistungseinbusse von 10 Prozent infolge vermehrter Pausen gerechnet werden muss. d) In psychiatrischer Hinsicht erwähnte Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie FMH, am 29. Oktober 2010 erstmals den Verdacht auf eine psychosoziale Belastungssituation (Vorakten S. 469). Auch das N._____, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, wies am 20. Januar 2012 und 24. Mai 2012 auf eine mittelschwere Depression (BDI-FS11) mit psychosozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit und Existenzängsten (Vorakten S. 446 f., 472) hin. Zwar gab der Beschwerdeführer anlässlich der neurochirurgischen Begutachtung an, gelegentlich einen Psychiater aufzusuchen (Vorakten S. 593). Nähere Angaben machte er aber nicht. Trotz Aufforderung der Vorinstanz vom 29. Januar 2014 (Vorakten S. 611) und entsprechender Mahnung vom 20. Mai 2014 (Vorakten S. 625) wurde der Name des

behandelnden Psychiaters nicht bekannt gegeben, womit unklar bleibt, seit wann, in welchen zeitlichen Abständen und bei welchem Facharzt sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung befindet. Schliesslich erwähnt auch die Hausärztin in ihren zahlreichen Berichten weder psychische Probleme, noch eine entsprechende Behandlung durch einen Facharzt. Wenn die Vorinstanz unter den gegebenen Umständen – gestützt auf den RAD-Bericht von Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 16. Dezember 2014 (Vorakten S. 678), wonach sich der psychiatrische Zustand des Beschwerdeführers seit dem MEDAS-Gutachten vom 7. November 2006 nicht verändert habe – keine weiteren psychiatrischen Abklärungen tätigte, ist dies nicht zu beanstanden.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 15 e) Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vorliegende Fall sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht genügend abgeklärt wurde, weshalb sich weitere, vom Beschwerdeführer beantragte medizinische Abklärungen erübrigen.

E. 5

Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der Vorinstanz, welche auf die „Schweizerische Lohn- strukturerhebung 2010“ (Tabelle TA 1, Privater Sektor, Total, Anforderungsniveau 4, Männer) ab- stellte, nichts auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad und die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung erweist sich soweit ersichtlich als korrekt.

E. 6

Damit hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht aufgrund einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes bloss eine befristete Rente zugesprochen. Da eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erst ab Januar 2014 medizinisch belegt ist, ist die Be- schwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 4. August 2015 in dem Sinne abzuändern, als der Beschwerdeführer vom 1. Januar 2013 bis 30. April 2014 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat (Invaliditätsgrad: 54,9 Pro- zent). Weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7

a) Die Gerichtskosten sind auf CHF 800.- festzusetzen. Aufgrund des bloss marginalen Obsiegens des Beschwerdeführers sind ihm CHF 700.- aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Der Restbetrag von CHF 100.- ist der Vorinstanz aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer sind CHF 100.- des geleisteten Kostenvorschusses zurückzuerstatten. b) Der teilweise obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf teilweisen Ersatz seiner Parteikosten. Diese sind auf pauschal CHF 500.- (inkl. Auslagen) festzusetzen, zuzüglich der MWSt von CHF 40.-, ausmachend total CHF 540.-. Dieser Betrag geht zu Lasten der Vorinstanz.

Kantonsgericht KG Seite 15 von 15 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und die angefochtene Verfügung der Invaliden- versicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 4. August 2015 in dem Sinne abgeändert, als A. _____ vom 1. Januar 2013 bis 30. April 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen. II. Die Verfahrenskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt. Davon werden CHF 700.- A. _____ auferlegt und mit dem von ihm

geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. CHF 100.- werden der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg auferlegt. A. _____ werden CHF 100.- des geleisteten Kostenvorschusses zurückerstattet. III. A. _____ wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg eine teilweise Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von CHF 500.-, zuzüglich der MWSt von CHF 40.- (8 Prozent von CHF 500.-), insgesamt CHF 540.-, zugesprochen. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 26. Juni 2017/dki Präsident Gerichtsschreiber

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.