

FR_GERICHTE 605 2016 163 vom 2. Februar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_163

FR: FR_GERICHTE 605 2016 163 du 2 février 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2016 163 del 2 febbraio 2018

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 6. Juli 2016 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 1. Juni 2016 ist durch eine ordentlich bevollmächtigte Rechtsvertreterin fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung 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%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind. b) Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 8 ATSG bewirken. 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 Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die

Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sog. Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (BGE 130 V 352).

Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 Im vorgenannten BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnah- meModells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen. Die auf Begrifflichkeit- ten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somato- formen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (Urteil BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). In Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat das Bundesgericht festgehalten, dass die Definition gemäss DSM-IV auch Ereignisse, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, als Ursache sieht. Dies sei zwar therapeutisch sinnvoll, aber für die Frage des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlange, könne ein derart ausschliesslich subjektives Empfinden nicht massgebend sein, weshalb der Definition gemäss ICD-10 der Vorzug zu geben sei. Demnach wird eine invalidisierende PTBS nur anerkannt, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt, wie z. B. nach Vergewaltigung oder mehrmonatiger Lagerhaft, nicht aber z. B. nach Verkehrsunfall (Urteil BGer 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6. mit zahlreichen Hinweisen). Es kommt hinzu, dass auch eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung nicht an sich invalidisierend wirkt, sondern dargelegt sein muss, inwiefern sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwindbar sein soll (vorerwähntes Urteil 9C_554/2009 E. 7; Urteil EVG I 696/05 vom 20. April 2006 E. 3.2.2). Die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden (BGE 141 V 281) ist auch auf die PTBS anwendbar (BGE 142 V 342). Psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren stellen für sich allein keine Gesundheitsbe- einträchtigungen dar, die zu einer Erwerbsunfähigkeit nach Art. 4 IVG führen. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beein- trächtigt. Psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Weg- fall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, vermögen deshalb keinen Rentenanspruch zu begründen. Je stärker solche

Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren können sich nur dann und soweit – mittelbar – invaliditätsbegründend auswirken, als sie einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil BGer 9C_272/2009 vom 16. September 2009 E. 5.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 294 E. 5a).

Kantonsgericht KG Seite 5 von 14 Im zur Publikation vorgesehenen Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht schliesslich entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. 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 der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d. h. arbeitsunfähig ist (BGE 130 V 97 E. 3.3.2; 115 V 133 E. 2c; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden des Versicherten abzustellen, hätte es doch dieser ansonsten in der Hand, seinen Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222). 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 widersprechenden 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 medizinische 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 mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen).

Kantonsgericht KG Seite 6 von 14

E. 3

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. a) In einem ersten Punkt macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Nach Erhalt des Vorentscheids hätten beide behandelnden Ärzte das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit bestritten. Die IV-Stelle setze sich in ihrer Verfügung mit diesen Berichten nicht auseinander, sondern habe diese kategorisch und ohne Begründung abgelehnt. Die IV-Stelle habe damit ihre Begründungspflicht verletzt. Es ist zwar richtig, dass sich die IV-Stelle in der hier streitigen Verfügung nicht im Detail mit diesen Berichten der behandelnden Ärzte auseinandersetzt. Dennoch ist nicht von einer Verletzung der Begründungspflicht auszugehen, da der Verfügung klar zu entnehmen ist, dass die IV-Stelle nicht der Ansicht ist, dass diese Berichte zu einer anderen Einschätzung führen, sondern dass trotz dieser Berichte von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei. Zudem ergibt sich aus dem Dossier, dass die IV-Stelle die beiden Berichte dem RAD vorgelegt hat. Überdies hat der Beschwerdeführer mit dem vorliegenden Verfahren die Möglichkeit, sich vor einer Beschwerdeinstanz mit voller Kognition zu äussern. Ferner würde die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse des Versicherten an einer möglichst beförderlichen Beurteilung seines Anspruchs nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 132 V 390 E. 5.1). b) Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, es liege eine unrichtige und unvollständige Feststellung des Sachverhalts und damit eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor. Er leide unter ausgeprägten Rückenschmerzen mit morgendlichen Lähmungserscheinungen, starkem Asthma mit Einschränkungen in der Lungenfunktion. In psychischer Hinsicht bestehe eine atypische posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine mittelgradige Panikstörung, ein vermuteter Borderline und präpsychotischer Status, eine Depression sowie eine vermutete, aber nicht abgeklärte Persönlichkeitsstörung. Bei diesen Gesundheitsproblemen genüge es nicht, nach dem Vorentscheid den Bericht einer Neurologin einzuholen. Ferner habe der RAD auf Widersprüche im psychiatrischen Gutachten hingewiesen. Auch sei davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter ihm gegenüber nicht neutral gewesen sei. c) In somatischer Hinsicht liegen diverse Probleme (Rücken, Schulter, Lunge) vor. aa) Hinsichtlich des Rückens ergab sich gemäss dem Bericht des E. _____ vom 2. Dezember 2011 (IV-Akten, S. 46) keine Erklärung für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten persistierenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS). Im Folgebericht vom 13. Dezember 2011 (IV-Akten, S. 47) wurde festgehalten, der Bericht zum MRI LWS vom

9. Dezember 2011 (IV-Akten, S. 45) zeige abgesehen von einer Spondylolyse L5 mit beidseitig rechts ausgeprägten Lysezonen kein relevanter pathologischer Befund. Es lägen nur milde, dem Alter entsprechende degenerative Veränderungen vor. In einem weiteren Bericht vom 30. März 2012 (IV-Akten, S. 49) hielten die Ärzte des E. _____ fest, es bestehe eine Lumbalgie mit Verdacht auf Schmerzausweitung bei stabiler Spondylolyse L5, sowie ein Verdacht auf thorako- lumbalen Scheuermann mit Osteochondrose Th12/L1. Weiter wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F. _____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. Dieser stellte am 16. Januar 2013 (IV-Akten, S. 118 f.) fest, es liege ein chronisches lumbales und pseudoradikuläres Schmerzsyndrom, wahrscheinlich myofaszial, eine Diskopathie L5/S1 sowie eine leichte Spondylarthrose L5/S1 vor. Es sei von einer psychosozialen Belastung auszugehen. Ferner

Kantonsgericht KG Seite 7 von 14 bestehe eine Tendenz zum "fear avoidance behavior". Der Beschwerdeführer geben an, er könne sich auf Dauer eine Beschäftigung von 30% vorstellen. Er zeige sehr demonstrative Schmerzáusserungen. Auf dieser Grundlage fand die Untersuchung beim C. _____ statt. Gemäss der FOMA vom 14. Mai 2013 (IV-Akten, S. 62 ff.) bestehen beim Beschwerdeführer ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits (stabile Spondylolyse L5 beidseits, Diskusprotrusionen L1/2 und L5/S1 ohne Neurokompression, muskuläres Stabilisationsdefizit der Wirbelsäule, Symptomausweitung im Rahmen der Schmerzchronifizierung), sowie rezidivierende depressive Episoden bei psychosozialer Belastungssituation. Es fänden sich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik. Die Rückenbeschwerden seien relativ unspezifisch und der bereits von den Wirbelsäulenchirurgen des E. _____ geäusserte Verdacht auf Schmerzausweitung bei stabiler Spondylolyse L5 beidseits könne bestätigt werden. Die psychosoziale Belastungssituation scheine zurzeit im Vordergrund zu stehen, weshalb dringend eine psychiatrische Betreuung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfohlen werde. Aus rein somatischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit gegeben. Es sei wichtig, auf somatischer Ebene mit konsequent durchgeführter Kräftigungstherapie und anschliessend medizinischer Trainingstherapie die muskuläre Stabilität der Wirbelsäule zu erreichen. Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten allgemeinen Belastungstoleranz sowie in einer eingeschränkten Belastbarkeit des Rückens bei Tätigkeiten in Vorneigung. Der Beschwerdeführer traue sich gewisse Alltagsbelastungen aus Angst vor einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht mehr zu. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer alternativen, mittelschweren Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechsellagerung bestehe aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% bei voller Leistung. Diese Ansicht wurde im weiteren Verlauf durch Dr. med. G. _____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, am 26. Juni 2014 (IV-Akten, S. 133 ff.) bestätigt. Dieser ging von chronischen bis chronifizierten unspezifischen Lumbalgien bei weit vordergründiger psychosozial konditionierter Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung aus. Der Beschwerdeführer fühle sich überhaupt nicht in der Lage, je wieder zu arbeiten. Es beständen keine objektivierbaren Befunde, welche die subjektiv empfundene Vollinvalidität auch nur annähernd erklären könnten. Der klinische Status wie auch der Neurostatus seien absolut unauffällig. Radiologisch finde sich eine gewisse Rotationsskoliose, welche selbstverständlich unter höheren oder repetitiven Belastungen mechanische Beschwerden machen könne. Eine Invalidisierung könne daraus aber nicht abgeleitet werden. Im

Weiteren finde sich eine bilaterale Spondylolyse L5 mit leichtem Anteroglisement ca. Grad I nach Meyering. Die Funktionsaufnahmen zeigten keine relevante Makroinstabilität und eine Neurokompression sei kernspintomographisch ausgeschlossen worden. Weder anamnestisch-klinisch noch laborchemisch fänden sich Hinweise auf eine zugrunde liegende entzündlich-rheumatologische Erkrankung für die Beschwerden. Zusammengefasst handle es sich um eine vorwiegend psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung. Therapeutisch habe er ihm erneut eine aktive Rückenrehabilitation mit muskulärer Stabilisierung angeraten. Dies weise der Beschwerdeführer weit von sich und er beharre auf seiner subjektiven vollen Arbeitsunfähigkeit. Es dränge sich deshalb auch der Verdacht auf eine manifeste Rentenneurose auf. Aus rheumatologisch-somatischer Sicht sei er in einer angepassten körperlich leichten bis höchstens mittelschweren Tätigkeit ohne Zweifel zu 100% arbeitsfähig. Zu keiner anderen Einschätzung kam Dr. med. H. _____, Fachärztin FMH für Neurologie. Diese erklärte am 18. Mai 2016 (IV-Akten, S. 280 ff.), vor rund einem Jahr sei es erstmals zu ausstrah-

Kantonsgericht KG Seite 8 von 14 lenden Schmerzen sowie transienten sensomotorischen Defiziten des rechten Beines gekommen, wobei die Schmerzausstrahlung in erster Linie pseudoradikulären Schmerzen entsprechen dürften. Bereits seit 2011 sei eine Spondylolyse L5 beidseits bekannt. Die im Juni 2015 durchgeführte MRI- Kontrolle bestätigte dies bei begleitend leichtgradigen Diskusprotrusionen, betont auf der Höhe L5/S1, mit möglichem Kontakt foraminal/extraforaminal zur Wurzel L5 rechts, jedoch ohne eindeutige Kompression. Die klinische und neurophysiologische Untersuchung sei geprägt von einem Lumbovertebralsyndrom ohne eindeutige radikuläre Reiz- oder gar Ausfallssymptomatik. Trotz umfangreicher und wiederholter Abklärung konnte somit kein objektivierbares Korrelat für die starken Rückenschmerzen des Beschwerdeführers gefunden werden. bb) Auch hinsichtlich der Lunge ist nicht von einer relevanten dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gemäss dem Bericht des I. _____ vom 29. Juli 2013 (IV-Akten, S. 120 ff.) lag eine nicht geklärte Pneumopathie bei chronischer Bronchitis lungenfunktionell formal keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung vor mit altersentsprechender körperlicher Leistungsfähigkeit mit leicht eingeschränkter O2-Aufnahme [74% Soll]. Weiter wurde der Beschwerdeführer in pulmonaler Hinsicht von Dr. med. J. _____, Facharzt für Pneumologie, untersucht. Dieser hielt in seinem Bericht (bei der IV-Stelle am 4. Mai 2015 eingetroffen; IV-Akten, S. 157 ff.) fest, es bestehe eine COPD bei persistierendem Nikotinabusus sowie eine unklare Pneumopathie. Klinisch präsentiere sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und er sei kardiopulmonal kompensiert. Aus pneumologischer Sicht bestehe keine Indikation für eine berufliche Integration oder gar eine Rente. cc) Bezüglich der linken Schulter liegt gemäss dem Bericht des K. _____ ein Status nach viermaliger Schulterluxation links (Juli und Oktober 2013, 10. Februar und 1. März 2014) vor. Weder die aktive Schultermobilisation noch die Kraft für Abduktion, Aussen- und Innenrotation seien eingeschränkt. Weitere Abklärungen waren geplant (Bericht vom 11. März 2014; IV-Akten, S. 117). In einem weiteren Bericht vom 9. November 2015 (IV-Akten, S. 226 ff.) hielten die Ärzte des K. _____ eine posttraumatische Instabilität der linken Schulter fest. Am 27. Juli 2015 wurde der Beschwerdeführer operiert (Stabilisation par procédure selon Latarjet et ténodèse du long chef du biceps). In der bisherigen Tätigkeit wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Operationsdatum attestiert. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserten sich die Ärzte des K. _____ in diesem Bericht aber

nicht. dd) In somatischer Hinsicht liegen somit beim Beschwerdeführer zwar neben der Rücken auch eine Schulter- und Lungenproblematik vor. Auch gehen die involvierten Ärzte zusammen mit der IV-Stelle davon aus, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich ist. Hingegen ist aus objektiver Sicht für eine angepasste leichte bis mittlere Arbeit aus somatischen Gründen nicht von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, wie es auch der RAD am 8. September 2015 (IV-Akten, S. 181 ff.) zu Recht festgehalten hat. Dieser Ansicht war zu Beginn auch der ehemalige Hausarzt, Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, welcher am 10. Dezember 2012 (IV-Akten, S. 50 f.) festhielt, zurzeit sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei theoretisch zu 100% möglich. In einem späteren Bericht vom 24. April 2014 (IV-Akten, S. 112 f. u. 125) änderte er seine Meinung und ging bei gleichbleibenden Diagnosen von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit stützte er sich nun mehrheitlich auf die Angaben des Beschwerdeführers und ging noch von einem zumutbaren Arbeitspensum von 2h– 4h/Tag bei einer um 20–50% verminderten Leistungsfähigkeit aus, begründete dies aber nicht weiter, weshalb nicht darauf abgestützt werden kann.

Kantonsgericht KG Seite 9 von 14 Demgegenüber geht der Beschwerdeführer aus seiner subjektiven Optik von einer nicht mehr vorhandenen Arbeitsfähigkeit aus. Diesbezüglich wurde in den dargestellten Unterlagen regelmässig auf eine psychische Komponente hingewiesen, die nun genauer analysiert wird. d) Bereits in der FOMA des C._____ wurde deutlich auf eine im Vordergrund stehende psychosoziale Belastungssituation hingewiesen. Ebenso hielt Dr. med. G._____ fest, es handle sich um eine vorwiegend psychosozial konditionierte Schmerzperzeptions- und Verarbeitungsstörung. Dr. med. H._____ ihrerseits ging von pseudoradikulären Schmerzen aus. Seit dem 5. November 2013 ist der Beschwerdeführer bei Dr. med. M._____, Facharzt (Österreich) für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Dieser stellte auf seinem Fachgebiet in seinem Bericht vom 7. Februar 2014 an die IV-Stelle (IV-Akten, S. 97 ff.) die Diagnosen einer (atypischen) PTBS (F43.1; seit 2007) sowie einer mittelgradigen Panikstörung (F41.00; seit Jahren). Bezüglich der PTBS bestehe das Trauma nicht aus einem einmaligen Erlebnis, sondern sei verursacht durch eine äusserst schwierige Lebenssituation (Konflikte der leiblichen Eltern, zweimalige Unterbringung in Heimen, Spannungen zur Stiefmutter und ihren Kindern, Prügel durch den Vater, Anschuldigung als Kinderschänder, "Verlust" der eigenen Kinder, finanzielle Misere). Die bisherige Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zu 60-70% möglich. Eine angepasste Tätigkeit sei während etwa 20-25h/Woche zumutbar, möglicherweise ab April 2014. In seinem Folgebericht vom 18. März 2015 (IV-Akten, S. 152 ff.) ging er von einem stabilen bis sich verschlechterten Zustand aus, da neu eine habituelle Schulterluxation vorliege. In rein psychiatrischer Hinsicht sei der Zustand relativ stabil. Dennoch ging er nun entgegen seiner Ansicht im Vorbericht nicht mehr von der Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit aus, begründete dies aber nicht weiter, weshalb auch dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden kann. Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Gutachten vom 24. August 2015 (IV-Akten, S. 188 ff.) einzig Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: starker Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0; DD Simulation Z76.5 mit bei Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, paranoiden, histrionischen, abhängigen, möglicherweise auch leicht emotional instabilen Zügen Z73.1, DD kombinierte Persönlichkeitsstörung F61.0). Aktuell manifeste qualitative Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen,

Halluzinationen) oder andere Anhaltspunkte für aktuelles psychotisches Erleben seien nicht zu eruieren. Das formale Denken sei kohärent, sehr flüssig und schnell. Bezüglich der Gedankeninhalte, die im Allgemeinen adäquat seien, komme lediglich in seinem anamnestischen Bericht passagenweise die Frage auf, was Realitätswahrnehmung und was Wahn (z. B. unter früherem Drogeneinfluss), bzw. was histrionische Übertreibung sei. Antrieb und Psychomotorik seien eher etwas im agitierten Sinn gesteigert. Mit Depression oder einer Angst-Panik-Störung vereinbare affektive Symptome lägen in keiner Weise vor, aber eine leichte, am ehesten mit der Persönlichkeit assoziierte Hyperthymie bzw. eine diskrete Hypomanie. Aus psychiatrischer Sicht sei aber keine Langzeit-Pathologie darstellbar. Es lägen zwar Persönlichkeits-Auffälligkeiten vor, die den Ausprägungsgrad einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht bzw. nur knapp erreichen würden. Im Test wie auch in der Klinik aggraviere (DD Simulation) der Beschwerdeführer mit finalem Gehalt (Rente). Die Schwierigkeiten seien weit im Vordergrund psychosozial konditioniert. Bezüglich der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten atypischen PTBS sei gemäss den Angaben des Beschwerdeführers an dissoziative Trance-Zustände (F44.30) zu denken. Seit einer neuen

Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 Beziehung im Frühling 2015 hätten sich die Belastungen jedoch schon merklich gesenkt. Der Gutachter verneinte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Da im Gutachten ferner festgehalten wurde, die Auswertung der Tests ergebe, dass ein Border- line- oder präpsychotischer Status abgeklärt werden sollte, dass möglicherweise eine psychopathi- sche Persönlichkeit bestehe und überdies antidepressive Pharmakotherapie in Betracht gezogen werden sollte, was im Widerspruch zu der vom Gutachter vorgenommenen Beurteilung stand, verlangte Dr. med. N._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, dem Gutachter Zusatzfragen zu stellen (vgl. Bericht vom 10. November 2015; IV-Akten, S. 223 f.; Zusatzfragen IV-Akten, S. 231). Dieser antwortete am 27. November 2015 (IV-Akten, S. 230), es habe sich um eine automatische Testauswertung gehandelt. Die festgehaltenen Resultate könnten jeweils nicht 1:1 übernommen werden, namentlich nicht bei Fällen in denen – wie hier – Anhalts- punkte für eine Simulation vorlägen. So liege weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine Depression vor. Der Meinung des Gutachters ist beizupflichten. So steht die automatische Testauswertung des MMPI-Tests denn auch im klaren Widerspruch zur objektiven Beurteilung des Gutachters. Ferner wurde sogar bei der Testauswertung darauf hingewiesen, dass möglicherweise das Ausmass der festgehaltenen Probleme übertrieben sei. Zudem ist die vom Gutachter festgehaltene Diagnose auch vereinbar mit dem übrigen Dossier. So hielt namentlich Dr. med. G._____, explizit den Verdacht auf eine Renten-neurose fest. Demgegenüber sind die Berichte des behandelnden Psychiaters weniger überzeugend. Dies bereits bezüglich der von ihm primär festgehaltenen Diagnose einer (atypischen) PTBS. Es ist daran zu erinnern, dass gemäss der dargestellten höchstrichterlichen Rechtsprechung eine invalidisierende PTBS nur anerkannt wird, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt, wie z. B. nach Vergewaltigung oder mehrmonatiger Lagerhaft, nicht aber z. B. nach einem Verkehrsunfall (Urteil BGer 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6. mit zahlreichen Hinweisen). Zwar hatte der Beschwerdeführer durchaus eine gewisse Anhäufung von schwierigen Lebenssituationen, diese waren aber nicht gleichbedeutend mit denjenigen, die für die Diagnose einer PTBS gefordert sind. Zudem handelt es sich bei einigen davon, wie beispielsweise den finanziellen Schwierigkeiten, um psychosoziale Faktoren. Dass solche Faktoren vorliegend in einem starken Ausmass vorhanden sind, wurde regelmässig in den

Arztberichten festgehalten. Wie gesehen, stellen psychosoziale Belastungsfaktoren für sich allein aber keine Gesundheitsbeeinträchtigungen dar, die zu einer Erwerbsunfähigkeit nach Art. 4 IVG führen. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker solche Faktoren im Einzelfall – wie hier – in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Dies ist hier aber eben gerade nicht der Fall, weshalb zusammen mit dem Gutachter davon auszugehen ist, dass auch aus psychiatrischer Sicht keine relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Daran ändert auch der Kurzbericht des RAD-Psychiaters vom 3. März 2014 (IV-Akten, S. 105) nichts, in welchem dieser ohne weitere Begründung einzig wiedergab, mit grosser Wahrscheinlichkeit liege ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Es gebe jedoch keine Kontraindikation gegen Integrationsmassnahmen.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 e) Ebenfalls zu keinem anderen Ergebnis führen die nach dem Erlass des Vorentscheids vom 29. März 2016 und während des Verfahrens eingereichten Arztberichte. Der aktuelle Hausarzt, Dr. med. O. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich am 10. April 2016 (IV-Akten, S. 258 f.) negativ zum Vorentscheid der IV-Stelle und hielt die bekannten Diagnosen fest. Ferner wies er darauf hin, dass im Mai 2016 bei Dr. med. H. _____ eine neurologische Beurteilung geplant sei sowie am 21. März 2016 erneut eine Laterjet-OP (Schulter) stattgefunden habe. Das Schmerzsyndrom habe sich deutlich verschlechtert. Die einzelnen Erkrankungen für sich würden allenfalls eine gewisse Erwerbsfähigkeit erlauben, die Summe aller aktuellen Probleme sei jedoch nicht mit einer Arbeitsfähigkeit vereinbar. Auch wenn diese Ansicht aus der Optik des Hausarztes durchaus verständlich ist, so steht sie im Widerspruch zu den umfassenden fachärztlichen Abklärungen. Ferner ist hinsichtlich der von ihm erwähnten rezidivierenden depressiven Episoden festzuhalten, dass diese Diagnose selbst vom behandelnden Psychiater nicht genannt worden war. Dieser war am 20. April 2016 (IV-Akten, S. 264 f.) ebenfalls nicht einverstanden mit dem Vorentscheid der IV-Stelle. Bemerkenswert an seinem Bericht ist, dass er explizit festhält, er könne dem psychiatrischen Gutachten zustimmen. So liege gemäss dem Gutachter von der Psyche her kein relevanter Gesundheitsschaden vor. Der Gutachter vermerkte aber, dass die psychische Erkrankung in Kombination mit körperlichen Beeinträchtigungen sehr wohl einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könne. Wie gesehen, besteht aus somatischer Sicht aber eben gerade keine relevante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. P. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin des RAD hielt damit am 2. Mai 2016 (IV-Akten, S. 275 ff.) zu Recht fest, am Vorentscheid könne auch unter der Berücksichtigung der beiden Berichte der behandelnden Ärzte festgehalten werden. Zur Beurteilung der möglichen Langzeitfolgen sei beim behandelnden Chirurgen [die Schulter betreffend] ein Bericht einzuverlangen. Dies wurde von der IV-Stelle nicht befolgt. Dies genügt aber nicht, um zu schliessen, dass der Fall ungenügend abgeklärt worden sei. Wie gesehen, ist das Gegenteil der Fall. Auch kann nicht gehört werden, dass die IV-Stelle dadurch ihre Abklärungspflicht verletzt habe, dass sie nach Eingang der Berichte der behandelnden Ärzte vom April 2016 einzig bei der Neurologin (Dr. med. H. _____) einen weiteren Bericht einverlangt habe. Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle einzig deshalb auch bei ihr einen Bericht einholte, weil der aktuelle

Hausarzt sowie der Beschwerdeführer selber in den Einwänden vom 15. April 2016 (IV-Akten, S. 272 f.) auf die Abklärung bei der Neurologin hinwies. Die Vorgehensweise der IV- Stelle ist diesbezüglich nicht zu bemängeln. Schliesslich ergibt sich – zumindest für die hier relevante Zeitperiode bis zum Datum der streitigen Verfügung vom 1. Juni 2016 – auch keine relevante Änderung aus dem vom Beschwerdeführer am 17. November 2016 nachgereichten Austrittsbericht vom 6. November 2016 des I. _____ nach Hospitalisation vom 5. September bis 15. Oktober 2016 auf der Abteilung für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin sowie den am 25. November 2016 nachgereichten Ergebnissen der psychologischen Tests, auf welche I. _____ der Bericht des Bezugs nimmt. So ist diesem Bericht zu entnehmen, dass die Hospitalisation im I. _____ notwendig wurde, da es beim Beschwerdeführer nach Erhalt des negativen Rentenentscheids zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands kam. Damit handelt es sich bei dieser Verschlechterung nicht um eine medizinisch begründete Verschlechterung, sondern sie ist rein reaktiver Natur und deshalb invalidenversicherungsrechtlich nicht von Relevanz. Ferner betrifft dieser Bericht die Zeitspanne

Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 nach dem Erlass der Verfügung vom 1. Juni 2016 und kann damit grundsätzlich nicht in Betracht gezogen werden (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen), weshalb auf diesen Bericht nicht weiter eingegangen werden muss. f) Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt der Beschwerdeführer keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der IV-Stelle nichts auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad und die von der IV-Stelle vorgenommene Berechnung erweist sich als korrekt.

E. 4

Ebenso zu keiner anderen Lösung führt die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens, wie es neuerdings bei allen psychischen Störungen durchgeführt werden muss. Bereits bei Dr. med. F. _____ fiel der Beschwerdeführer durch sehr demonstrative Schmerzäusserungen auf. Dies ist auch heute noch der Fall, wie namentlich dem Bericht des I. _____ zu entnehmen ist. Weiter ist von einer subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen. Obwohl ihm bereits mehrmals erklärt wurde, dass seine Beschwerden objektiv nicht erklärt werden könnten und bereits das C. _____ ihn aufforderte, eine konsequent durchgeführte Kräftigungstherapie aufzunehmen, was von Dr. med. G. _____ ein Jahr später wiederholt wurde, folgte der Beschwerdeführer diesen Vorschlägen nicht, sondern wies diese Vorschläge vielmehr von sich; er zeigt sich von seiner vollen Arbeitsunfähigkeit überzeugt und strebt immer weitere gesundheitliche Abklärungen an. Aus diesem Grund scheiterten auch die Bemühungen der IV-Stelle, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Überdies stehen hier, wie bereits dargestellt, psychosoziale Belastungsfaktoren stark im Vordergrund. All diese Punkte sprechen gegen einen objektivierbaren Gesundheitsschaden und die vom psychiatrischen Gutachter festgehaltene volle Arbeitsfähigkeit überzeugt ebenfalls im Licht der neuen Rechtsprechung, weshalb sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 erübrigt (vgl. in diesem Sinne Urteile BGer 9C_173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 ff.; 8C_491/2015 vom 24. September 2015 E. 4.2.2; 8C_562/2014 vom 29. September 2015 E. 8.3).

E. 5

In einem letzten Punkt bringt der Beschwerdeführer für, dass insoweit ein grober Widerspruch in der Sachverhaltsfeststellung vorliege, als die IV-Stelle ihn einerseits als voll arbeitsfähig einstufte, ihm andererseits jedoch wegen seines labilen Gesundheitszustands Eingliederungs- massnahmen verweigere. Dieser Widerspruch besteht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nur auf den ersten Blick. So ergibt sich aus den Unterlagen, dass die IV-Stelle längere Zeit versuchte, Eingliede- rungsmassnahmen durchzuführen. Am 29. November 2012 fand das Erstgespräch Frühinterven- tion statt (IV-Akten, S. 34 ff.). Zu Beginn war der Beschwerdeführer offenbar an solchen Mass- nahmen interessiert und bestand einzig darauf, zu Beginn mit einem Pensum von 50% zu starten (Telefonnotiz vom 22. Januar 2013; IV-Akten, S. 53). In der Folge fand die FOMA beim C._____ statt. In der Folge stand für den Beschwerdeführer aber jeweils die Abklärung seines Gesundheitszustandes im Vordergrund, wie es den Unterlagen zu entnehmen ist (IV-Akten, S. 109, 132, 139–141). Ferner gab der Beschwerdeführer, wie gesehen, bei mehreren involvierten Ärzten klar seine Ansicht wieder, dass er nicht mehr arbeitsfähig sei. Dass die IV-Stelle deshalb am 16. Februar 2015 (IV-Akten, S. 148 f.) den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneinte, ist nicht zu kritisieren.

E. 6

Der Beschwerdeführer stellte zusammen mit seiner Beschwerde ein URP-Gesuch.

Kantonsgericht KG Seite 13 von 14 a) Gemäss Art. 61 Ingress Satz 1 ATSG bestimmt sich das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht, unter Vorbehalt von Art. 1 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021), nach kantonalem Recht, welches gewissen bundesrechtlichen Anforderungen zu genügen hat. Art. 61 Bst. f ATSG sieht vor, dass das Recht, sich verbeiständen zu lassen, gewährleistet sein muss und der beschwerdeführenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt wird, wo die Verhältnisse es rechtfertigen. Wer nicht genügend Mittel besitzt, um ohne Beschränkung des notwendigen Lebensunterhaltes für sich oder seine Familie die Kosten eines Verfahrens bestreiten zu können, hat Anspruch auf un- entgeltliche Rechtspflege (Abs. 1). Die unentgeltliche Rechtspflege wird nicht gewährt, wenn das Verfahren von vornherein aussichtslos erscheint (Art. 142 VRG Abs. 1 und 2). b) Auch wenn die Beschwerde abgewiesen wird, kann das Beschwerdeverfahren nicht als aussichtslos betrachtet werden. Im Übrigen ist aufgrund der eingereichten Unterlagen (Bestätigung des Sozialdienstes B._____ vom 13. Juni 2016) ebenso die Voraussetzung der finanziellen Bedürftigkeit gegeben. Überdies war die Vertretung angesichts der Komplexität der Materie und der fehlenden Kenntnisse des Beschwerdeführers auf dem Gebiet der Sozialversicherungen not- wendig. Es rechtfertigt sich somit, dem Beschwerdeführer die vollständige unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune, als Rechtsbeistand zuzuweisen.

E. 7

Zusammenfassend hat die IV-Stelle zu Recht den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Die Verfügung vom 1. Juni 2016 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- festgesetzt. Von deren Erhebung wird aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen. Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune macht in ihrer am 28. Oktober 2016 eingereichten Kosten- liste einen Aufwand von 11.08 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von 5% des Honorars von CHF 1'994.40 (11.08 Stunden à CHF 180) zuzüglich der Mehrwertsteuer geltend. Diese

Vorgehensweise entspricht nicht den gesetzlichen Anforderungen; namentlich fehlt es an einer Zusammenstellung der ausgeführten Verrichtungen (vgl. Art. 8 ff. und insbesondere Art. 11 Abs. 1 des kantonalen Tarifs vom 17. Dezember 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz [TarifVJ; SGF 150.12]). Da von Seiten der Rechtsvertreterin nach Einreichung der Kostenliste noch zwei weitere noch nicht berücksichtigte Eingaben erfolgten, wird die der Rechtsvertretung zustehende Entschädigung hier ex aequo et bono dennoch ausnahmsweise auf CHF 2'100.- festgesetzt. Zu diesem Betrag kommt die Mehrwertsteuer von CHF 168.- (8% von CHF 2'100.-) hinzu. Die gesamte Entschädigung von CHF 2'268.- ist durch den Staat zu übernehmen.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 14 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen. II. Die Verfahrenskosten zu Lasten von A. _____ werden auf CHF 800.- festgesetzt. Von deren Erhebung wird aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege abgesehen. III. Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune wird im Rahmen der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege eine Entschädigung (inkl. Auslagen) von CHF 2'100.- zugesprochen, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 168.-. Der Totalbetrag von CHF 2'268.- geht zu Lasten des Staates Freiburg. 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, 2. Februar 2018 bsc Der Präsident Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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