

FR_GERICHTE 605 2016 30 vom 10. Juli 2017

FR Kantonsgericht, 2017-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_30

FR: FR_GERICHTE 605 2016 30 du 10 juillet 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 30 del 10 luglio 2017

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Januar 2016 ist rechtzeitig im Sinn von Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) eingereicht worden. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist gehörig bevollmächtigt, und die Formerfordernisse gemäss Art. 61 lit. b ATSG sind erfüllt. Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch den Entscheid direkt betroffen und damit zur Beschwerdeführung legitimiert (Art. 59 ATSG). Das Kantonsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 58 Abs. 1 ATSG, Art. 114 Abs. 1 lit. b des Gesetzes des Kantons Freiburg vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; SGF 150.1]). Auf die Beschwerde ist einzutreten.

Kantonsgericht KG Seite 6 von 11

E. 2

a) Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). b) Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen),

in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). c) Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4). Das Sozialversicherungsgericht ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Es hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). d) Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wozu Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch gehören) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Ge-

Kantonsgericht KG Seite 7 von 11 sundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde. Es ist auch nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens

bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selbst zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.; 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.; 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2 mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung gilt ungeachtet der in BGE 141 V 281 geänderten Praxis im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (Urteil BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4).

E. 3

a) Der Beschwerdeführer macht geltend, die Begutachtung bei lic. phil. AC. _____ sei nicht opportun gewesen, nachdem die gemäss Aufforderung zur Schadenminderung vom 2. März 2015 verlangten Unterlagen (Blatt für psychiatrische Behandlung sowie Resultate der Blut- und Urinuntersuchungen) nicht eingesandt worden seien. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. H. _____, sei gar nie über die Aufforderung zur Schadenminderung informiert worden. Dr. med. W. _____ habe eine neuropsychologische Untersuchung nur als sinnvoll erachtet, wenn er – der Beschwerdeführer – den Alkoholkonsum einstellen und die Medikamenteneinnahme reduzieren würde. Er habe davon ausgehen dürfen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihn entsprechend den Vorgaben der IV-Stelle behandeln würden, zumal dies im Schreiben der O. _____ vom 25. März 2015 in Aussicht gestellt worden sei. Schliesslich hätte die IV-Stelle ihn – den Beschwerdeführer – oder seinen Beistand auf die Konsequenzen der Nichtbefolgung der Schadenminderungspflicht aufmerksam machen müssen. Ob der Beschwerdeführer seinen Hauptantrag auf Zusprechung einer Rente implizit zurückgezogen hat, indem er in seinen Gegenbemerkungen vom 1. September 2016 einzig dafür hielt, die Arbeitsfähigkeit sei medizinisch näher abzuklären (gemäss dem Eventualantrag in der Beschwerde), kann aufgrund der nachfolgenden Erwägungen offen bleiben.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 11 b) Das Schreiben betreffend Schadenminderung vom 2. März 2015 (Vorakten S. 217) erging gestützt auf Art. 43 Abs. 2 ATSG. Nach dieser Bestimmung hat sich die versicherte Person ärztlichen und fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig sind. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers war die Zustellung dieser Verfügung korrekt. Zwar trifft zu, dass Dr. med. H. _____ nicht direkt informiert wurde; allenfalls hätte er mit einer Kopie bedient werden können. Adressat der Verfügung war indessen der Beschwerdeführer selbst. Dessen Beistand erhielt sie per Einschreiben an jene Adresse zugestellt, die er in seinem Schreiben an die Vorinstanz vom 2. Oktober 2014 (Vorakten S. 150) ausdrücklich als Korrespondenzadresse für den Beschwerdeführer angegeben hatte. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Verfügung erhalten hat. Auch sein Psychiater war informiert, denn nach Angabe der Vorinstanz wurde das „Blatt psychiatrische Behandlung“ zweimal durch die O. _____ und einmal durch Dr. med. H. _____ ausgefüllt und eingesandt. Was die Eröffnung der Verfügung im engeren Sinn betrifft, kann man sich fragen, ob ein Hinweis angebracht gewesen wäre, wie die Vorinstanz im Fall der

Nichtbeachtung der Aufforderungen verfahren würde (vgl. Art. 43 Abs. 3 und Art. 21 Abs. 4 ATSG). Die Frage kann aber offen bleiben, nachdem sich der Beschwerdeführer am 7. April 2015 in stationäre Behandlung begeben und sich der Begutachtung durch lic. phil. AC. _____, welche am 24. Juli 2015 (Vorakten S. 226) ordnungsgemäss angekündigt worden war, nicht widersetzt hat. c) Dr. med. V. _____ kam in seinem Gutachten vom 15. Januar 2015 (Vorakten S. 207) zum Schluss, es liege keine psychiatrische Krankheit vor. Er hielt fest, prognostisch würden ein- fache, anspruchsarme, eher grobmotorische Hilfstätigkeiten entsprechend jener bei D. _____ (oder alternativ z.B. in der Landwirtschaft) unter diesen Bedingungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit theoretisch wieder zumutbar, und zwar zu 50% oder mehr, eher vollzeitig mit möglicherweise um 20% verminderter Leistung. Zunächst gehe es um Herstellung von Abstinenz und sinnvoller Medikation. Vom Patienten könnten ein totaler Verzicht auf Benzodiazepine zu- gunsten nicht suchterzeugender Medikamente sowie die Einnahme von Antabus verlangt werden, zumal er nur leichtgradig deprimiert sei. Zurzeit komme nur eine Beschäftigung in geschütztem Rahmen in Frage, maximal halbtags mit der Möglichkeit zur Steigerung. Der Suchtmittelkonsum dauere an, wobei Benzodiazepin im Vordergrund stehe, Alkohol weniger. Abstinenzbemühungen bezüglich der Benzodiazepine seien bisher nur halbherzig durchgehalten worden und gescheitert; seitens des behandelnden Arztes werde das Medikament Temesta sogar immer grosszügiger abgegeben. Die zusätzliche Begutachtung bei lic. phil. AC. _____ war veranlasst worden, weil aufgrund des Gutachtens von Dr. med. V. _____ nicht zweifelsfrei gesagt werden konnte, ob allfällige cerebrale Schäden vorhanden seien und wenn ja, ob diese irreversibel seien. Während der stationären Behandlung vom 7. April 2015 bis zur neuropsychologischen Untersuchung am 21. Oktober 2015 konnte die Alkoholabstinenz gut eingehalten werden; indessen gelang es offenbar nicht, den Medikamentenkonsum nennenswert einzuschränken. Warum die Blut- und Urintests nicht durchgeführt wurden, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Die in der Klinik AA. _____ durchgeführten Atemtests waren indessen alle negativ (Vorakten S. 231), so dass auf eine erfolgreiche Alkoholabstinenz geschlossen werden konnte. In der neuropsychologischen Untersuchung vom 21. Oktober 2015 zeigten sich insgesamt leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsbeeinträchtigungen (Vorakten S. 249). Im Zusammenhang mit möglichen Alkoholgeschäden diskutierte lic. phil. AC. _____ insbesondere die Frage, ob das im MRI-Befund von Dr. R. _____ vom 13. Oktober 2014 (Vorakten S. 173) erwähnte

Kantonsgericht KG Seite 9 von 11 diskrete Hypersignal um den dritten Ventrikel, welches auf eine Atrophie der Mamillarkörper hingewiesen habe, tatsächlich auf eine Wernicke-Enzephalopathie schliessen lassen könnte. Der Gutachter verneinte dies mit der Begründung, das Befundmuster der aktuellen Untersuchung deute nicht auf eine Wernicke-Enzephalopathie hin. Typisch dafür wäre, dass Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen im Vordergrund stünden; dies sei aber nicht der Fall. Das eigentliche verbale Gedächtnis und das visuell-figurale Gedächtnis seien gut erhalten, ebenso die Handlungsplanung und die Umstellfähigkeit, was für eine Wernicke-Enzephalopathie atypisch sei. Zudem müssten dafür auch Gang- und Standunsicherheit im Zusammenhang mit einer zerebellären Ataxie sowie Augenbewegungsstörungen und Augenmuskellähmungen vorhanden sein; solche seien beim Exploranden nie beschrieben worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei schon in der Zeit der Behandlung im stationären Behandlungszentrum N. _____ (vgl. Vorakten S. 167) keine Wernicke-Enzephalopathie vorhanden gewesen. Die kognitiven

Funktionsbeeinträchtigungen dürften in erster Linie eine Begleiterscheinung der schon damals massiv dämpfenden und sedierenden Medikation gewesen sein. Ob das im MRI vom 13. Oktober 2014 festgestellte minime Hypersignal um den dritten Ventrikel tatsächlich einer relevanten Atrophie der Mamillarkörper entsprochen habe, sollte seines Erachtens nochmals durch eine neuroradiologische Zweitmeinung evaluiert werden (Vorakten S. 249, 248). Sodann wies lic. phil. AC. _____ (wie zuvor schon Dr. med. V. _____) darauf hin, dass die kognitive Leistungsfähigkeit bei einem weitgehenden Verzicht auf sedierende Medikamente massiv verbessert werden könnte. Eine Abgrenzung der Wirkungen der aktuellen Medikation zu allfälligen chronischen kognitiven Beeinträchtigungen als Folge des langjährigen Alkohol- und Benzodiazepinabusus sei nur nach der Sistierung der Suchtmittelleinnahme möglich (Vorakten S. 248). d) Dr. med. W. _____ kam aufgrund der Ergebnisse des Gutachtens von lic. phil. AC. _____ im Bericht zu Händen des RAD vom 27. Oktober 2015 (Vorakten S. 258) zum Schluss, es lägen keine irreversiblen Hirnschäden vor. Eine zusätzliche bildgebende Untersuchung, wie von lic. phil. AC. _____ vorgeschlagen, würde keinen weiteren Aufschluss bringen, weil nicht die Bildgebung, sondern die funktionellen Einschränkungen massgeblich seien. Diese aber seien von lic. phil. AC. _____ eindeutig dahingehend beschrieben worden, dass sie keiner Enzephalopathie entspringen würden. Mit dieser Einschätzung wird die Tatsache übergangen, dass der Gutachter lic. phil. AC. _____ als Neuropsychologin nicht über eine ärztliche Ausbildung verfügt und dementsprechend keine für die Invalidenversicherung verbindlichen Diagnosen stellen kann (vgl. Urteile BGer 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2; 8C_905/2014 vom 23. Juli 2015 E. 6.1). Dr. med. W. _____, welcher die Begutachtung in dieser Form angeregt hatte, übernahm kritiklos die Aussage, wonach keine Wernicke-Enzephalopathie vorliege. Dies, obwohl der Oberarzt Dr. X. _____ und die Fachpsychologin FSP Q. _____ von der O. _____ in ihrem Schreiben vom 25. März 2015 (Vorakten S. 220) Bedenken geäussert hatten, was die diagnostische Würdigung des MRI vom 13. Oktober 2014 hinsichtlich der Mamillarkörper betraf. Zudem übergang Dr. med. W. _____ die Meinung des Gutachters, wonach eine relevante Atrophie der Mamillarkörper neuroradiologisch abzuklären sei, mit der Begründung, nicht die Bildgebung sei massgeblich, sondern die funktionellen Einschränkungen. Indem die Vorinstanz sich dieser Sichtweise anschloss, missachtete sie den Grundsatz, dass die Diagnose bzw. der Ausschluss befürchteter Befunde die Grundlage bildet für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Die Ursache für die – immerhin mittelschweren – kognitiven Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers wurde nicht gefunden. Die Schlussfolgerung,

Kantonsgericht KG Seite 10 von 11 wonach diese Einschränkungen durch die Medikamentensucht bedingt und folglich reversibel seien, beruht auf Vermutungen und kann sich nicht auf medizinische Diagnosen stützen. Dies namentlich auch deshalb, weil im Vorfeld der neuropsychologischen Gutachten eine namhafte Reduktion der Medikamentenkonzumens eben gerade nicht erreicht worden war. Die Ergebnisse der Expertise von lic. phil. AC. _____ vermögen die Zweifel, welche Dr. med. V. _____ im Gutachten vom 15. Januar 2015 (Vorakten S. 207) durch den Verdacht einer suchtsbedingten anhaltenden kognitiven Störung, differenzialdiagnostisch einer beginnenden organischen dementiellen Entwicklung, geäussert hatte, nicht zu beseitigen. Diese Elemente wurden durch die Expertise von lic. phil. AC. _____ weder bestätigt noch entkräftet, was aufgrund von dessen Fachrichtung (Neuropsychologie) zu erwarten war. Schliesslich bleibt auch die Genese der Benzo- diazepinabhängigkeit im Dunkeln: Es kann aufgrund der

vorliegenden ärztlichen Unterlagen und mit Blick auf die langjährige Krankheitsgeschichte des nicht mehr jungen Beschwerdeführers nicht ausgeschlossen werden, dass dem Medikamentenmissbrauch eine psychische Erkrankung vor- ausging bzw. zugrunde liegt. Um dies genau prüfen zu können, müsste es aber vorher zu einer Reduktion des Medikamentenkonsums kommen, wie es dies Dr. med. W. _____ in seinem Bericht vom 16. Februar 2015 selber festgehalten hatte; dies ergibt sich ferner auch aus der Einschätzung von lic. phil AC. _____, der festhielt, dass eine Abgrenzung der Wirkungen der aktuellen Medikation zu allfälligen chronischen kognitiven Beeinträchtigungen als Folge des langjährigen Alkohol- und Benzodiazepinabusus nur nach der Sistierung der Suchtmittelleinnahme möglich sei. e) Nachdem die Schlussfolgerungen der Gutachter in wesentlichen Teilen nicht begründet und folglich nicht nachvollziehbar sind, hätte die Vorinstanz nicht auf die Einschätzung von Dr. med. W. _____ abstellen dürfen, welche dieser am 27. Oktober 2015 zu Händen des RAD abgegeben hatte. Es bedarf eines bidisziplinären, psychiatrisch-neurologischen Gutachtens, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Hinblick auf dessen Beeinträchtigungen, namentlich die kognitiven Funktionseinschränkungen, zu beschreiben. Im Vorfeld dazu ist es angebracht, entsprechend den Angaben im vorerwähnten Bericht von Dr. med. W. _____ vom 16. Februar 2015, dass sich der Beschwerdeführer erneut einer kontrollierten Abstinenz und Reduktion der Medikation unterzieht. Die Angelegenheit ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie diese Abklärung in die Wege leite und gestützt auf die Ergebnisse, gegebenenfalls (vgl. E. 2d) nach Durchführung eines Einkommensvergleichs, erneut über einen allfälligen Rentenanspruch befinde.

E. 4

a) Gemäss den vorstehenden Erwägungen erweist sich die Beschwerde als begründet und ist gutzuheissen, soweit damit die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung beantragt wird (vgl. E. 3a am Ende). Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben, und die Angelegenheit ist zur Einholung eines bidisziplinären, psychiatrisch-neurologischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. b) Die unterliegende IV-Stelle hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Diese werden auf CHF 800.- festgesetzt. Da der Beschwerdeführer obsiegt, hat er Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle. Diese wird auf CHF 1'200.- festgesetzt, wobei dieser Betrag Honorar und Auslagen der Rechtsvertreterin sowie die Mehrwertsteuer umfasst.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 11 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird gutgeheissen, und die Verfügung vom 6. Januar 2016 wird aufgehoben. Die Angelegenheit wird im Sinn der Erwägungen an die Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg, Givisiez, zurückgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten von CHF 800.- zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg, Givisiez, erhoben. III. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen der Rechtsvertreterin von CHF 1'200.- (inkl. Mehrwertsteuer) 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 kostenpflichtig. Freiburg, 10. Juli 2017/sge Präsident Gerichtsschreiber

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