

FR_GERICHTE 608 2015 236 vom 21. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_236

FR: FR_GERICHTE 608 2015 236 du 21 septembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 236 del 21 settembre 2017

Regeste

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 11. Dezember 2015 gegen die Verfügung vom 9. November 2015 ist frist- und formgerecht durch den ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass der zweite Sozialversicherungsgerichtshof des Kantonsgerichts Freiburg prüft, ob er Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

a) In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu den Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im Sinne von Art. 8 Abs. 1 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 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein und einen Anspruch auf Leistungen begründen, wenn sie die dafür erforderliche Art und Schwere erreicht.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 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). Anspruch auf eine IV-Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1

IVG). Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG). Die Eingliederungsmassnahmen umfassen unter anderem Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 IVG). 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. Psychische Störungen gelten grundsätzlich nur dann als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen fehlt es in der Regel an der vorausgesetzten Schwere, unabhängig davon, ob diese Depressionen im Auftreten rezidivierend oder episodisch sind (statt vieler: Urteil BGer 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Sind depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur allerdings erwiesenermassen therapieresistent, dann sind sie als invalidisierende Krankheiten in Betracht zu ziehen (Urteile BGer 8C_344/2016 vom 23. Februar 2017 E. 5.2.2; 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2; 9C_470/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2). Die Therapie muss in dem Sinne konsequent gewesen sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden. Bestehen noch nicht ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten, dann kann nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Therapieresistenz gesprochen werden (statt vieler: Urteil BGer 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Eine bloss alle zwei Wochen stattfindende ambulante Psychotherapie stellt grundsätzlich keine konsequente Depressionstherapie dar (Urteile BGer 8C_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2 mit Hinweisen; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.2.2). Mit BGE 141 V 281 wurde die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden teilweise geändert (vgl. BGE 130 V 352). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das

Kantonsgericht KG Seite 5 von 14 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. Es liegt keine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Ausschlussgründen wie Aggravation, Simulation, Selbstlimitation, einem sekundären Krankheitsgewinn oder einer ähnlichen Konstellation beruht. c) Bei der Folgenabschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.2). Der Grad der

Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliert (statt vieler: Urteile BGer 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3; 8C_441/2015 vom 21. August 2015 E. 3). Bei Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung sind gemäss ständiger Rechtsprechung in erster Linie die (fach)ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (Urteile BGer 8C_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.3; 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 5.3 und 6.2; 9C_274/2014 vom 30. September 2014 E. 4.1; 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2; 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2). Arztberichte zum Krankheitsverlauf nach Verfügungsdatum sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C_949/2011 vom 30. August 2012 E. 3.2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). 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 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 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

Kantonsgericht KG Seite 6 von 14 mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) und die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) sind die gesetzlich vorgesehenen Organe zur Erhebung des medizinischen Sachverhaltes bzw. zur Folgenabschätzung der erhobenen medizinischen Befunde – und nicht die behandelnden Ärzte (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 und 1.2.2). Wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsunfähigkeit äussern, sind Administrativgutachten und RAD-Stellungnahmen nur dann in Frage zu stellen, wenn objektive Anhaltspunkte vorliegen, welche den Sachverständigen der MEDAS und/oder den RAD-Ärzten entgangen sind (statt vieler: Urteil BGer 9C_495/2012 vom

E. 4

Im Folgenden sind die vorliegenden Fachgutachten, die Stellungnahmen der RAD-Ärzte sowie der nachgereichte Arztbericht vom 30. Mai 2017 zu würdigen. Da alle weiteren relevanten Arztberichte im Rahmen der Aktenanamnese Eingang in die Fachgutachten

finden, sind sie für die Beweiswürdigung nicht mehr einzeln heranzuziehen.

Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 a) Betreffend das Gutachten von Dr. med. I. _____ ist festzustellen, dass es die Vorakten umfassend berücksichtigt, sich auf umfangreiche eigene Explorations, Tests und Laboruntersuchungen stützt und zu den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden ausführlich Stellung nimmt. Es ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend, diskutiert die in den Vorgutachten gestellten Diagnosen hinlänglich und widerlegt diese schlüssig, enthält eine strukturierte nachvollziehbare Argumentation und gelangt zu plausiblen Schlussfolgerungen. Es sind keine Lücken in der Aktenanamnese auszumachen und es findet sich auch der Hinweis auf den aktuellen behandelnden Psychiater, Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Vorakten S. 596). Für die beiden Vorgutachten gilt folgendes: Die vom Gutachter Dr. med. I. _____ im H. _____-Gutachten festgestellten Unstimmigkeiten konnten trotz Kontaktaufnahme nicht geklärt werden. Die Diagnosen des H. _____-Gutachtens und RAD-Gutachtens wurden mit ausführlicher und schlüssiger Begründung widerlegt. Hinzu kommt, dass beide Vorgutachten in ihren Anamnesen betreffend die psychiatrische Behandlung für den Zeitraum 2011–2012 durch Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Lücke aufweisen. Schliesslich ist festzustellen, dass sich das Gutachten I. _____ im Vergleich zu den Vorgutachten auf eine wesentlich umfangreichere Exploration und Testung des Beschwerdeführers stützt, aufgrund des späteren Zeitpunkts eine umfassendere und – durch den angeforderten Arztbericht von Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH – vollständige Aktenanamnese vorgenommen wurde und die Ausführungen viel detaillierter waren. Insgesamt erscheint der Beweiswert der Vorgutachten vermindert, während derjenige des Gutachtens I. _____ als hoch zu bewerten ist. b) Die beiden RAD-Stellungnahmen vom 16. Februar bzw. 23. Oktober 2015 vermögen den Beweisanforderungen an medizinische Aktenstellungen in weiten Teilen nicht zu genügen und widersprechen sich zudem auch inhaltlich. Die geäusserte Kritik am Gutachten I. _____, die teilweise abweichende Diagnosestellung und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen werden weder angemessen erörtert noch genügend begründet. Durch die Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 19. Juli 2016 zu diesen beiden RAD-Stellungnahmen wurden die darin gemachten medizinischen Aussagen aus fachlicher Sicht weitgehend entkräftet. Die dazu erneut eingeholte RAD-Stellungnahme vom 23. Januar 2017 vermag den beweisrechtlichen Anforderungen schliesslich nicht zu genügen: die darin gemachten Ausführungen wirken unstrukturiert, enthalten zahlreiche Wiederholungen und vereinzelt irrelevante Ausführungen. Die RAD-Stellungnahmen sind mit Blick auf die Rechtsprechung (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1) im vorliegenden Fall ausser Acht zu lassen. c) Der nachgereichte Arztbericht des behandelnden Psychiaters vom 30. Mai 2017, dessen abweichende Diagnosen erst nach der hier angefochtenen Verfügung vom 9. November 2015 gestellt wurden, wäre verfahrensrechtlich nur beachtlich, wenn er berechtigte Zweifel am Gutachten I. _____ wecken würde oder durch neue diagnostische Erkenntnisse zu Rückschlüssen für die relevante Zeitperiode vor Erlass der Verfügung führen würde (vgl. statt vieler: Urteil BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). Da dieser Arztbericht weder eine Auseinandersetzung mit den im Gutachten gestellten Diagnosen noch eine fundierte Argumentation in Bezug auf die neuen Diagnosen enthält und das entdeckte Testosterondefizit gemäss Vorakten auch kein neuer Befund ist (vgl. Vorakten S. 243), bringt er für das vorliegende Verfahren keinen relevanten Erkenntnisgewinn und ist daher

nicht weiter beachtlich.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 d) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Gutachten von Dr. med. I._____ voller Beweiswert zukommt, während der Beweiswert der beiden Vorgutachten in mehrfacher Hinsicht vermindert ist und die RAD-Stellungnahmen für die Beweiswürdigung ausser Acht zu lassen sind. Demnach ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren – mit den nachfolgend darzulegenden Vorbehalten – auf das Gutachten I._____ abzustellen.

E. 5

Zu prüfen ist hingegen, wie die im Gutachten I._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent aus juristischer Sicht zu bewerten ist. a) Laut Bundesgericht sind für den Fall, dass eine zuverlässig diagnostizierte depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung zusammentreffen, in erster Linie die (fach)ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (siehe dazu ausführlich Erwägung 2/c). Vorliegend ist zwar zutreffend, dass die Symptomatik der Depression zeitlich vor der Somatisierungsstörung auftrat (Vorakten S. 585) und daher nicht eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung ist, sondern ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden darstellt. Da es sich aber vorliegend um eine leichtgradige depressive Episode handelt, während sich die erwähnte Praxis durchwegs auf mittelgradige Depressionen bezieht, ist die zitierte Praxis für den vorliegenden Fall nicht richtungsweisend. Massgebend ist demgegenüber, dass das Bundesgericht bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen in der Regel – und solange sie therapierbar sind – eine Invalidisierung verneint. Dies unabhängig davon, ob diese Depressionen im Auftreten rezidivierend oder episodisch sind (vgl. Urteil BGer 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). b) Im vorliegenden Fall erwähnt der Gutachter, dass sich die Depression in Bezug auf die bisherige Medikation als therapieresistent erwiesen habe. Eine psychotherapeutische Begleitung im engeren Sinne sei bislang aber noch nicht leitliniengerecht durchgeführt worden und wäre durchaus erfolgsversprechend, so dass dem Beschwerdeführer für die Zukunft eine gute Prognose gestellt werden könne (Vorakten S. 573, 575 f.). Der Gutachter geht demzufolge davon aus, dass die Depression therapierbar ist. Die diagnostizierte leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.00) dauert im Mittel etwa sechs Monate und nur selten über ein Jahr (vgl. Urteil EVGer I 152/05 vom 23. Mai 2006 E. 3.3). Da rechtsprechungsgemäss auch rezidivierende Depressionen, selbst bei mittelgradiger Schwere, nicht invalidisierend sind, muss dies für die vorliegend zu beurteilende leichtgradige depressive Episode – a fortiori – gelten. Daran ist auch mit Blick auf die mittelgradige depressive Episode (November 2010) sowie die schwere depressive Episode (Juni 2011) festzuhalten, da auch bei der schweren depressiven Episode aufgrund der kurzen Dauer und der fast vollständigen raschen Remission der vorausgesetzte Schweregrad für eine Invalidisierung auszuschliessen ist. Zusammenfassend steht damit fest, dass die leichtgradige depressive Episode aus juristischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. c) Neben der leichtgradigen Depression leidet der Beschwerdeführer an einer diagnostizierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) (Vorakten S. 579). Für dieses unklare Beschwerdebild ist die Arbeitsfähigkeit nach dem funktionellen Schweregrad der Auswirkungen und deren gleichmässiger Konsistenz in allen Lebensbereichen zu bestimmen (vgl. BGE 141 V 281). Diese Indikatoren- und Konsistenzprüfung kann basierend auf den detaillierten und umfangreichen Ausführungen im Gutachten I._____ erfolgen, selbst wenn sich dieses noch zu den Försterkriterien der

nunmehr überholten Rechtsprechung äussert.

Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer verschiedene körperliche Beschwerden (z.B. Schlaf-Apnoe-Syndrom, Adipositas, starkes Schwitzen, Polyposis- coli-Syndrom) aufweist, die keine Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit haben. Er leidet zudem an einer leichtgradigen depressiven Episode, die allerdings – wie schon erwähnt – als therapierbar gilt und daher mangels Invalidisierung rechtsprechungsgemäss nicht als Komorbidität gilt (vgl. Urteil BGer 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.2.1). Zusammenfassend zeigt sich im Komplex „Gesundheitsschädigung“, dass zwar weitere Beschwerden neben der Somatisierungsstörung bestehen, diese aber keinen besonderen Schweregrad aufweisen. Im Komplex „Persönlichkeit“ zeigt sich, dass schwerwiegende Störungen – wie namentlich eine Persönlichkeitsstörung – im Gutachten ausgeschlossen wurden (Vorakten S. 582). Zwar kann der attestierte narzisstische Persönlichkeitsstil durchaus negative Folgen für das Berufsumfeld haben (Vorakten S. 579, 573), ist in seinen Auswirkungen aber nicht schwerwiegend, zumal die zwischenmenschlichen Beziehungen davon nicht in gleichförmiger Weise beeinträchtigt werden (Vorakten S. 579). Daher ist auch in dieser Hinsicht kein besonderer Schweregrad festzustellen. Weiter ist für den Komplex „Sozialer Kontext“ darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer täglich soziale Kontakte pflegt, für seinen Aushilfsjob und als Hundesitter regelmässig das Haus verlässt und auch Sportveranstaltungen besucht. Das intakte soziale Netzwerk (Familie, Bekannte, Freunde), seine Aktivität als Hundesitter sowie sein Aushilfsjob sind allesamt als Ressourcen zu werten. Gleichwohl ist teilweise ein Rückzug aus alterstypischen sozialen Aktivitäten festzustellen (Vorakten S. 581, 574). Insgesamt sind im sozialen Umfeld jedoch die Ressourcen überwiegend. Abschliessend sind die Auswirkungen der Somatisierungsstörung darauf zu prüfen, ob sie eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen zeitigen. Der Vergleich mit dem Aktivitätsniveau vor der Erkrankung ergibt – soweit dokumentiert – keine auffälligen Abweichungen zur noch ausgeübten Aktivität seit Eintritt der Erkrankung. Es bestehen keine Anzeichen auf Aggravation oder Simulation (Vorakten S. 585). Ressourcen sind wie schon erwähnt darin zu erkennen, dass der Beschwerdeführer täglich soziale Kontakte pflegt, für seinen Aushilfsjob und als Hundesitter regelmässig das Haus verlässt und auch Sportveranstaltungen besucht. Die Therapie- und Medikationscompliance ist insgesamt als gut zu bewerten, zumal keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der wiederholte Wechsel der psychiatrischen Therapeuten den Therapieerfolg bislang wesentlich beeinträchtigte (Vorakten S. 596 f.). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Somatisierungsstörung in ihren Auswirkungen in allen Lebensbereichen nicht als inkonsistent zu bewerten ist, aber dennoch den erforderlichen Schweregrad nicht aufweist, um invalidenversicherungsrechtlich eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. d) Gemäss den Ausführungen des Gutachters Dr. med. I. _____ ist beim Zusammentreffen von mehreren Diagnosen der gegenseitigen Symptomverstärkung bei der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Stellungnahme vom 19. Juli 2016 S. 3). Das Bundesgericht hat allerdings für vergleichbare Fälle, in denen ebenfalls die beiden ICD-10 Diagnosen F32.00 und F45.0 zusammentrafen, wiederholt eine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit verneint (vgl. Urteile BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 4.2 sowie 8C_698/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.1). Für den vorliegenden Fall besteht mit Blick auf diese Rechtsprechung daher kein Anlass, ausgehend von der Symptomverstärkung eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen,

Kantonsgericht KG Seite 13 von 14 wenn die Einzelbeurteilung der diagnostizierten Beschwerdebilder aus juristischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit ergibt. e) Die im Gutachten I. _____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent bezieht sich nicht auf die bisherige Tätigkeit mit Büroarbeit und Sach- und Personalverantwortung, sondern auf eine Bürotätigkeit mit beschränkter Sachverantwortung (Vorakten S. 572). Dazu ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer als 22-Jähriger binnen kurzer Zeit die Verantwortung für zwei Filialen übertragen bekam, ohne über eine entsprechende fachspezifische Ausbildung zu verfügen. Die daraus resultierende Stressbelastung und Überforderung standen am Anfang seiner depressiven Störung (Vorakten S. 585, 587). Da die Tätigkeit als Filialleiter offensichtlich nicht bildungsadäquat war, wurde im Gutachten I. _____ eine Büroarbeit mit beschränkter Sachverantwortung vorgeschlagen, die dem Bildungsniveau des Beschwerdeführers als gelernter Strassenbauer besser entsprechen dürfte. Der Beschwerdeführer ist demzufolge nicht auf eine angepasste Tätigkeit angewiesen, sondern kann in seiner bisherigen Tätigkeit – seinem Bildungsstand entsprechend – eingesetzt werden. f) Zusammenfassend ist aus dem Gesagten zu schliessen, dass dem Gutachten I. _____ in der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent zum Begutachtungszeitpunkt 2014 und von mutmasslich 20 Prozent und mehr seit 2009 nicht gefolgt werden kann. Es ist für den gesamten versicherungsrechtlich relevanten Zeitraum – von Juni 2010 bis November 2015 – von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit auszugehen.

E. 6

Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerde vom 11. Dezember 2015 abzuweisen und die Verfügung vom 9. November 2015 zu bestätigen. In Anwendung der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist für den versicherungsrechtlich relevanten Zeitraum aus juristischer Sicht eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die bisherige Tätigkeit gegeben. Er hat somit keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 7

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 6. Januar 2016 die vollständige unentgeltliche Rechtspflege gewährt (608 2015 237) und Rechtsanwalt Tarkan Göksu, Freiburg, zum amtlichen Rechtsbeistand ernannt. Die Gerichtskosten von CHF 800.- zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers werden aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben. Der amtliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers wird durch den Staat Freiburg entschädigt. Da er der telefonischen Aufforderung zur Einreichung der Honorarnote nicht nachkam, wird sein Honorar von Amtes wegen festgesetzt. Angesichts des getätigten Aufwandes sowie der Komplexität der Angelegenheit wird ihm eine pauschale Entschädigung, inklusive allfälliger Auslagen, von CHF 2'700.- (15h à CHF 180.-) zuzüglich der Mehrwertsteuer in der Höhe von CHF 216.- (8 Prozent von CHF 2'700.-), ausmachend total CHF 2'916.-, zugesprochen.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 14 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde vom 11. Dezember 2015 wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten von CHF 800.- werden A. _____ auferlegt, aber aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben. III. Die pauschale Entschädigung für den amtlichen Rechtsbeistand in der Höhe von CHF 2'700.- (15h à CHF 180.-), inklusive allfälliger Auslagen, zuzüglich der Mehrwertsteuer in der Höhe von CHF 216.-, ausmachend total CHF 2'916.-, wird durch den Kanton Freiburg

ausgerichtet. 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, 21. September 2017/asp
Präsident Gerichtsschreiberin

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