

VS_GERICHTE S1 22 21 vom 24. Oktober 2022

VS Kantonsgericht, 2022-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 22 21](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_21)

FR: VS_GERICHTE S1 22 21 du 24 octobre 2022

IT: VS_GERICHTE S1 22 21 del 24 ottobre 2022

Regeste

S1 22 21 URTEIL VOM 24. OKTOBER 2022 Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident;
Candido Prada und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin in
Sachen X _____, A _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt
Thomas Hueber, 3602 Thun gegen KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten,
Beschwerdegegnerin und B _____, A _____, betroffener Dritter
(Resterwerbsfähigkeit/Eingliederungsmassnahmen/berufliche Massnahmen) Beschwerde
gegen die Verfügung vom 9. Dezember 2021

Erwägungen

E. 1

Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtswegs, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1, 126 V 30). In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]). In casu ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfIG] i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG] und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Er ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Am 1. Januar 2022 sind neue IVG-Bestimmungen in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44 f. mit Hinweisen). Bei der Beurteilung von Dauersachverhalten wird im Sozialversicherungsrecht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abgestellt (vgl. BGE 144 I 81 E. 4.1 S. 86 f.; 132 V 215 E. 3.1.1; Bundesgerichtsurteil 9C_201/2021

vom 15. Juni 2021 E. 5.1). Für den hier zu beurteilenden Fall bedeutet das, dass der Rentenanspruch nach Massgabe der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden

- 5 - Gesetzesbestimmungen zu prüfen ist, da der invalidisierende Zustand von der Verwaltung am 9. Dezember 2021 beurteilt wurde.

E. 2.2

Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

E. 2.3

Zu prüfen ist der Leistungsanspruch (Rente / berufliche Massnahmen) des Beschwerdeführers.

E. 3.1

Gegenstand der Invalidenversicherung ist nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung. In diesem Sinne ist der Invaliditätsbegriff ein juristischer und kein medizinischer Begriff (BGE 102 V 166). Dennoch sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2).

E. 3.2

Aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch

- 6 - die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174 E. 4.3.1; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Nr. 5 zu Art. 59). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen

Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da diese Fachpersonen sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb

- 7 - kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mit zu berücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es würde einen Verstoss gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 4.6).

E. 4.1

Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Resterwerbsfähigkeit auf die Berichte der RAD-Ärzte. Diese erstatteten ihre Stellungnahmen in Kenntnis der sich im IV-Dossier befindenden Berichte des Hausarztes und der behandelnden Ärzte. Weiter lagen der Beschwerdegegnerin die Akten der Arbeitslosenkasse (S.

564 ff.), die SUVA-Akten aus dem Jahr 2010 (S. 594 ff.), die Unterlagen der Zürich Versicherung betreffend die Berufskrankheit (S. 630 ff.) sowie diejenigen der Taggeldzahlung ab März 2021 (S. 729 ff.) vor.

E. 4.2

Den Akten des Taggeldversicherer lag die MRT des Kniegelenks vom 30. August 2017 (S. 503 f. bzw. 761 f.) mit den Befunden einer Partialruptur des medialen Kollateralbandes, mehreren Partialeinrisse der anteromedialen Kapselstruktur, einer Zerrung der Pes anserinus-Sehnen sowie einer nicht dislozierte Fraktur des Fibulaköpfchen und dem Hinweis auf die Fraktur des OS cuneiforme links bei (vgl. auch Ambibericht vom 25. August 2017 S. 771 ff. und CT des Fusses S. 505). Die am 2. August 2019 (S. 501 f. bzw. 763 f.) aufgrund von Hüftbeschwerden veranlasste MRT des Hüftgelenks links zeigte leichte Knorpelverdünnungen im gewichttragenden Anteil des Hüftgelenks links bei beginnenden Coxarthrose. Die MRT der LWS vom 5. August 2019 (S. 499 f. und 765 f.) ergab eine rechtskonvexe Skoliose mit Diskusprotrusionen in diversen Segmenten LWK. Die Wirbelsäulenchirurgie bestätigte am 20. August

- 8 - 2019 (S. 495 f. bzw. 769 f.) die Diagnosen (beginnende Coxarthrose und degenerative Lumbalskoliose). Eine neurologische Abklärung hielten sie nicht für indiziert, da der Spinalkanal überall normal weit sei. Es könne auch ausgeschlossen werden, dass im Bereich der Wirbelsäule Traumafolgen vorhanden seien. Das Gangbild sei unauffällig. Die Hüften würden Bewegungseinschränkungen aufweisen. Gemäss Leiter der Hüft- und Beckenchirurgie litt der Versicherte am 23. August 2019 (S. 497 f. bzw. 767 f.) an einer fortgeschrittenen, aktuell wenig symptomatischen, Coxarthrose links. Im Stehen sei die Wirbelsäule im Lot und die Skoliose kaum sichtbar. Kontaktsportarten seien eher zu meiden. Dynamische Sportarten wie Schwimmen oder Skifahren seien möglich. Die Arthrose werde über die Zeit fortschreiten, wobei bei zunehmendem Leidensdruck eine Indikation zur Implantation einer Hüfttotalendoprothese gegeben sei. Aufgrund der Zyste im Acetabulardach sei eine Verlaufskontrolle in 2 Jahren angezeigt. Das Röntgen vom 20. August 2019 (S. 479) wies eine fortgeschrittene tieflumbale Facettenarthrose und mehrsegmentale lumbale Osteochondrosen auf. Gemäss hausärztlichem Bericht von D _____ vom 20. April 2021 (S. 774 ff.) wurde ein Fuss-Boden-Abstand von 45 cm, ein Druckschmerz entlang der gesamten Wirbelsäule paravertebral, linke Hüfte, FI/Ext. 100/0/100, IR/AR 5/0/100 schmerzhaft, rechte Hüfte FI/Ext. 100/0/100, IR/AR 10/0/150 schmerzhaft, festgestellt. Es fanden Schmerz- /Gesprächstherapien, Physiotherapien sowie seit 2019 chiropraktische und medikamentöse Behandlungen statt. Er schlug «Entlastung, ggf. stationäre Reha» vor. Hinsichtlich der Einschränkungen präziserte er, längeres Gehen/Stehen/Sitzen (Verweilen in einer Haltung) erzeuge Schmerzen. Dies treffe auch auf das Heben/Tragen von kleinen Lasten zu. Im Übrigen würden Schmerzen, jenseits von leicht, tagelange Dauerschmerzen erzeugen. Es bestehe eine lange, ärgerliche und schmerzhaft Vorgesichte mit Unfall im Jahr 2017 und seitdem permanenten Beschwerden (S. 776). Der Patient sei seit März 2021 zu 100% arbeitsunfähig (779 ff.), voraussichtlich für 4-6 Wochen. Die Bildgebung vom 29. Juni 2021 des Beckens / Hüfte zeigte die Coxarthrose, die subchondrale Sklerosierung und die osteophytären Anbauten (S. 478). Ansonsten würden regelrechte Stellungsverhältnisse festgehalten. Auch die Weichteile seien normal. Gemäss Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2021 (S. 493 f.) litt der Beschwerdeführer an einer fortgeschrittenen Coxarthrose, die jedoch fast nicht symptomatisch sei. Es lägen fast keine Hüftbeschwerden mehr vor. Der Versicherte sei

mobil und könne alle seine alltäglichen und sportlichen Tätigkeiten ausüben. Sein Hauptproblem sei der Rücken. Es wür-

- 9 - den chiropraktische Behandlungen durchgeführt. Es würden keine Schmerzmittel genommen. Physiotherapie finde ebenfalls keine statt. Mit der aktuellen Situation schein die Stabilität in den letzten zwei Jahren gegeben und es liege mithin keine Indikation für einen Eingriff vor. Es wurde eine klinische und radiologische Kontrolle in 5 Jahren vorgeschlagen. Der Beschwerdeführer schildert den chronologischen Verlauf am 31. August 2021 (S. 457 f.), wobei er nach den Konsultationen des Hüft- und Wirbelsäulenchirurgen im September 2019 an D _____ verwiesen worden sei und eine Behandlung beim Chiropraktiker begonnen habe. Am 14. Oktober 2021 (S. 489) ergänzte der Hausarzt, gegenwärtig werde der Patient 1x/Woche physiotherapeutisch, 1x/Monat hausärztlich und 1x/Monat chiropraktisch behandelt. Als Behandler wurden die Dres. F _____ und G _____ genannt. Es würden wechselnd intensive Schmerzen an der HWS/LWS/Hüfte/Knie bestehen, die durch Belastungen (Heben/Tragen usw.) zunehmen würden. Die Prognose sei unklar. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei zwischen 2-4 Stunden pro Tag zumutbar. Der RAD-Arzt beurteilte die Akten und kam am 28. Oktober 2021 zum Schluss (S. 511 ff.), dem Versicherte sei ab sofort eine angepasste Tätigkeit ganztägig zumutbar. Es gebe keine Befunde, die eine zeitlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Das Heben und Tragen von Gewichten über 5 Kg, sowie schwere Arbeiten oder Arbeiten in Feuchtigkeit/Kälte/anderen Einflüssen seien nicht möglich. Demgegenüber könne eine wechselbelastende Tätigkeit ausgeübt werden. Dies treffe auch auf die Tätigkeit als Allrounder zu, wo gewisse Tätigkeiten auch zumutbar seien.

E. 4.3.1

Der Beschwerdeführer bemängelt in seiner Eingabe die Qualität der RAD-Beurteilungen. Die von den behandelnden Ärzten diagnostizierten gesundheitlichen Einschränkungen seien in den RAD-Berichten unvollständig berücksichtigt und die Restarbeitsfähigkeit deshalb abweichend davon und unrichtig festgesetzt worden. Auch seien nicht sämtliche Berichte dem RAD unterbreitet bzw. ediert worden, weshalb der Sachverhalt lückenhaft sei.

E. 4.3.2

Davon aber, dass die von ihr getätigten Abklärungen eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers erlauben, ging die Beschwerdegegnerin – wie nachfolgend zu zeigen ist – zu Recht aus.

- 10 - Sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten IV-Anmeldung wurden nämlich die Berichte des Hausarztes und der behandelnden Ärzte angefordert und dem RAD-Arzt zur Beurteilung vorgelegt. Es fanden ebenfalls die Fachberichte des bildgebenden Materials Eingang in die Akten. Dabei erstellte der RAD, der das gesamte Dossier gesichtet hatte, eine ausführliche Anamnese, berücksichtigte die geklagten Leiden und legte das Zumutbarkeitsprofil für die Arbeitsfähigkeit fest. Es standen hartnäckige Rückenschmerzen im LWS-Bereich im Vordergrund, wobei es hinsichtlich der Knie-/LWS- und Hüftschmerzen zu verlässlichen Abklärungen gekommen war. Eine wesentliche Funktionseinschränkung der Wirbelsäule oder des Gangbildes fand sich aber nicht. Ebenso wenig eine Einengung des Spinalkanals. In therapeutischer Hinsicht wurden Infiltrationen, Physiotherapie, Chiropraktik durchgeführt und Arzneimittel verordnet. Da sich die IV-Leis-

tungen als finale und nicht kausale Versicherung definieren, konnte der RAD-Arzt offenlassen, ob es sich bei den Schmerzen, um solche traumatischen Ursprungs handelte oder nicht. Da es ferner auch an einem neurologischen Befund fehlte, bestand auch kein Anlass für eine neurologische Abklärung. Mithin erwies sich der Sachverhalt - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - nicht als lückenhaft, weshalb der RAD gestützt auf die Akten eine Beurteilung vornehmen durfte. Die Parteien und Ärzte stimmen weiter darin überein, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Sportartikelverkäufer (mit teilweise Heben / Tragen von schweren Gewichten, mit wenig Möglichkeit des Sitzens usw.) nicht mehr zumutbar ist. Insbesondere wegen des Rückenleidens ist auch eine andere körperlich mittelschwere bis schwere sowie ausschliesslich stehende Arbeit ausgeschlossen. Solche Arbeiten/Tätigkeiten sind zu vermeiden. Demgegenüber spricht nichts gegen die Ansicht des RAD, dass eine leichte, vorzugsweise wechselbelastende (sitzend/stehende) Arbeit ganztags zu 100% möglich ist. Diesen schlüssigen Folgerungen schliesst sich das Gericht daher an. Daran vermögen die Einwände des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

E. 4.3.3

Der Beschwerdeführer nimmt Bezug auf die Berichte des behandelnden Hausarztes und Chiropraktikers. Aus dem Schreiben des behandelnden Chiropraktikers vom 26. Juli 2022 ergibt sich eine Erstbehandlung am 14. April 2020 aufgrund schmerzbedingter Einschränkung der aktiven LWS-Beweglichkeit. In Folge der Behandlungen sei eine Remission der initialen Schmerzintensität in HWS, thorakolumbal, lumbosakral, lumboschial sowie coxarthral eingetreten. Persistiert hätten eine verminderte Ermüdungs-, Belastungs- und Schmerz widerstandsfähigkeit in allen Gebieten des Bewegungsapparates. Es sei jeweils zu raschen und unmittelbaren Schmerzprovokationen auf lokalen Über-

- 11 - beanspruchungen hin mit jeweiligen Einschränkungen des Patienten bei der Durchführung von alltäglichen Arbeiten oder beruflichen Tätigkeit gekommen. Es müsse mithin von einer verminderten Belastbarkeit des Bewegungsapparats ausgegangen werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werde die chiropraktische Behandlung mit Unterstützung durch Physiotherapie weitergeführt. Aus diesen Darlegungen lassen sich hinsichtlich der Resterwerbsfähigkeit keine gegenteiligen Schlüsse ziehen, zumal der Chiropraktiker lediglich von «verschiedenen» Arbeitsplätzen» spricht und weder er noch der behandelnde Hausarzt andere Einschränkungen aufführen, als die von den RAD-Ärzten bereits berücksichtigten. Die Einwände des behandelnden Hausarztes und Chiropraktikers vermögen daher die Schlussfolgerungen des RAD nicht zu entkräften. Dieser liefert in seinen Berichten eine hinreichende Beweisgrundlage für die Beurteilung der Frage, ob und inwiefern dem Beschwerdeführer die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aus gesundheitlicher Sicht objektiv möglich und zumutbar ist. Die entsprechenden Beurteilungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind schlüssig und widerspruchsfrei. Es sind denn auch keinerlei Gründe ersichtlich, an der Richtigkeit dieser Erkenntnisse zu zweifeln. Die ausführlich begründeten Berichte haben somit nach Massgabe der oben erwähnten Rechtsprechung volle Beweiskraft. In Bezug auf die Darlegungen des behandelnden Hausarztes und Chiropraktikers sei nur der Vollständigkeit halber ergänzt, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte aufgrund ihrer besonderen Stellung zum Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Sie haben vorweg selten Gründe, die Angaben ihrer Patienten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. In der Regel vertrauen sie ihren Patienten, was im Auftragsverhältnis auch erwünscht ist, jedoch ihre Objektivität beeinträchtigt (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 353

E. 3a/cc; EVG-Urteil I 419/03 vom 22. Oktober 2003). Die Regel ist daher, dass sie bei Expertisen bezüglich ihrer Patienten in den Ausstand treten (AHI 2003 S. 112 E. 3b/cc). Demgegenüber steht ein unbeteiligter Experte in einer anderen Position gegenüber dem Versicherten, was eine neutrale und objektive Schlussfolgerung ermöglicht. Ferner vermag die subjektive Einschätzung des Versicherten für sich alleine genommen die Einschätzung der 100%igen Resterwerbsfähigkeit durch den RAD nicht zu entkräften. Es ist Aufgabe der Ärzte, aus den diagnostizierten Leiden zu schliessen, welche Arbeiten der versicherten Person in welchem Umfang weiterhin zumutbar sind. Die RAD-Ärzte haben in ihren Schlussberichten, auf die die IV-Stelle sich hauptsächlich abstützt, umfangreich Stellung genommen. Die Leiden des Beschwerdeführers fallen in das Fachgebiet der beurteilenden Ärzte, die in Berücksichtigung sämtlicher Elemente zum Schluss kamen, in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ganztags arbeitsfähig.

- 12 -

E. 4.3.4

Schliesslich kann der IV-Stelle auch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) vorgeworfen werden, kann sie doch auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten, wenn sie nach den von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem Ergebnis nichts mehr ändern (antizipierte Beweiswürdigung). Dies war in casu der Fall. Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (BGE 140 I 285 E. 6.3.1). Schliesslich wurden im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Akten der Vorinstanz ediert. Weiter hat die SUVA mitgeteilt, hinsichtlich des Unfalls vom August 2017 sei bei ihr kein Dossier eröffnet worden. Der Taggeldversicherer hat sich ferner gemäss telefonischen Darlegungen auf die IV-Akten gestützt und keine vertrauensärztlichen Abklärungen durchführen lassen, weshalb sich auch diesbezüglich keine weiteren Abklärungen aufdrängen. Weitere Beweismassnahmen vermögen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr zu ändern. Die vom Beschwerdeführer beantragte externe Begutachtung ist schliesslich nicht erforderlich, zumal sich hinsichtlich der Schmerzproblematik auch kein neurologisches Korrelat fand.

E. 4.4

Aus all diesen Gründen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die RAD-Berichte, welche sich inhaltlich mit den Berichten der Fachärzte decken, abstellte und aufgrund der körperlichen Leiden des Beschwerdeführers die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zu 100%, mit einem zusätzlichen leidensbedingten Abzug von 5% auf den Tabellenlohn, als zumutbar erachtete. Jedenfalls vermochten die Berichte der handelnden Ärzte – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – keine erheblichen Zweifel an den Darlegungen des RAD zu begründen. Der Vollständigkeit halber sei ergänzt, dass, soweit sich der Gesundheitszustand verschlechtern sollte, der Beschwerdeführer gehalten ist, dies im Rahmen eines neuen Verfahrens glaubhaft zu machen, da für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verwaltungsverfügung massgebend sind. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sind Gegenstand einer neuen Verfügung.

E. 5

Hinsichtlich des Anspruchs auf berufliche Massnahmen bleibt festzuhalten, dass für die Entstehung eines Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zwar laut Wortlaut des Art. 18 Abs. 1 IVG bereits eine Arbeitsunfähigkeit genügt, welches Kriterium beim Beschwerdeführer erfüllt ist. Allerdings müssen generell zusätzlich die Teilgehalte der Verhältnismässigkeit gegeben sein, insbesondere die Notwendigkeit der Massnahme (Art.

- 13 -

E. 8

Abs. 1 lit. a IVG). Da in casu keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100% und die konkreten Beeinträchtigungen den Beschwerdeführer bei der Stellensuche behindern, fällt die Arbeitsvermittlung nicht in den Zuständigkeitsbereich der Invalidenversicherung (Rz 5005 KSBE), sondern in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung. Konkrete Einwände hinsichtlich der Ablehnung des Umschulungsanspruchs wurden keine erhoben, weshalb es auch damit sein Bewenden hat. Im Übrigen erweist sich der Einwand, er beabsichtigte primär nicht die Berentung, sondern die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen als nicht stichhaltig, zumal sich die primäre Beschwerdeschrift allein auf die Rentenverfügung bezog. 6. Die Beschwerde ist mithin insgesamt unbegründet und abzuweisen. 7. 7.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Parteientschädigungen geschuldet (Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2020, Art. 61 ATSG N. 218). 7.2 Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Verfahren vor dem Kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf CHF 800 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

- 14 - Das Kantonsgericht erkennt

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Sitten, 24. Oktober 2022

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