

# **VS\_GERICHTE S1 24 171 vom 20. August 2025**

VS Kantonsgericht, 2025-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 24 171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_24_171)

FR: VS\_GERICHTE S1 24 171 du 20 août 2025

IT: VS\_GERICHTE S1 24 171 del 20 agosto 2025

## **Regeste**

S1 24 171 URTEIL VOM 20. AUGUST 2025 Kantonsgericht Wallis

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Candido Prada, Präsident; Dr. Thierry Schnyder und Frédéric Fellay, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin in Sachen X \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter Pfammat-ter, Brig-GLIS gegen KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin (Rentenanspruch / Resterwerbsfähigkeit) Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. September 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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 IVG). In casu ist dies die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 RPfIG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist. 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) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist in formeller Hinsicht, ob die IV-Stelle das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie ihm den RAD-Bericht vom 19. September 2023 nicht vor Erlass der Verfügung zugestellt und sich nicht zur Höhe des Tabellenabzugs geäußert hat, und materiell, ob die IV-Stelle die gesundheitliche Situation vollständig abgeklärt und gestützt darauf den Invaliditätsgrad korrekt bemessen hat.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Seine Verletzung führt grundsätzlich zur Gutheissung der Beschwerde und zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids ungeachtet der materiellen Begründetheit des Rechtsmittels (BGE 148 IV 22 E. 5.5.2 mit Hinweisen; 142 II 218 E. 2.8.1). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar. Dazu gehört insbesondere das Recht, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 144 I 11 E. 5.3, 143 V 71 E. 4.1, je m.w.H.). Das

Akteneinsichtsrecht ist ein Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV fliessende Begründungspflicht gebietet weiter, dass Verfügungen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG).

- 4 -

### **E. 3.2**

Im vorliegenden Fall geht es um den verwaltungsinternen RAD-Bericht vom 19. September 2024. Diese ärztliche Beurteilung des RAD hätte dem Versicherten unmittelbar zugestellt werden müssen, damit er sich noch vor Erlass der Verfügung dazu hätte äussern können. Dass dies nicht erfolgt ist, rügt der Beschwerdeführer zu Recht als Gehörsverletzung. Der Einwand der Gehörsverletzung ist somit begründet (Bundesgerichtsurteile 8C\_460/2024 vom 27. November 2024 E. 3.1, 8C\_305/2018 vom 23. Januar 2019 E. 2.3 und 8C\_424/2008 vom 16. September 2008 E. 2.2). Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs kann geheilt werden. Dem rechtskundig vertretenen Beschwerdeführer wurde im Laufe des Beschwerdeverfahren der RAD-Bericht zugesandt, womit er Kenntnis von dessen Inhalt erhielt und ihm dadurch nicht das Recht verwehrt wurde, im laufenden Verfahren seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen. Eine Heilung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör möglich, wenn die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Beschleunigungsgebot nicht vereinbar wären (zum Ganzen BGE 147 IV 340 E. 4.11.3 mit Hinweisen). Eine Rückweisung an die Vorinstanz würde in casu zu einem solchen formalistischen Leerlauf führen. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die IV-Stelle ist nach dem Gesagten im Beschwerdeverfahren geheilt worden. Dies ist jedoch auf jeden Fall bei der Kostenaufgabe zu berücksichtigen (Bundesgerichtsurteil 1C\_123/2023 vom 23. Oktober 2024 E. 14.2). In Bezug auf die Begründungspflicht gebietet dieser Anspruch nicht, dass sich der Versicherungsträger einlässlich mit allen Parteistandpunkten auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respektive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen). Diesen Anforderungen kam die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Tabellenabzuges nach, präzisierte sie dazu, der Abzug erfolge für körperlich leichte Arbeit bzw. für Teilzeitarbeit. Unstrittig konnte sich der Versicherte über die Tragweite des gewährten Tabellenabzuges von 10 % ein Bild machen und war ohne Weiteres in der Lage, den missliebigen Entscheid sachgerecht anzufechten, was dem Anspruch an die Begründungspflicht genügte (vgl. BGE 140 II 262 E. 6.2).

- 5 -

### **E. 4**

Aktenkundig ist, dass beim Versicherten seit Mai 2021 (S. 181, 199 und 224) die Diagnose einer Multiplen Sklerose besteht, die initial wahrscheinlich schubförmig war, inzwischen möglicherweise chronisch progredient verläuft, wobei die genaue klinische Erstmanifestation unklar blieb (S. 158, 181, 321). Klinisch besteht eine sensible Stand- und

Gangataxie sowie eine proximale Beinparese rechts (S. 158, 164, 321). Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung der Arbeits- und Resterwerbsfähigkeit auf die RAD-Berichte. Der Beschwerdeführer bemängelt u.a., der medizinische Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt worden. Ihm könne gemäss den behandelnden Ärzten aufgrund seiner gesundheitlichen Situation keine Erwerbstätigkeit von 70 % mehr zugemutet werden.

#### **E. 4.1.1**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Die ärztlichen Auskünfte bilden 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich 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). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen die regionalen ärztlichen Dienste zur Verfügung, welche in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig sind (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV). 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

- 6 - 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 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C\_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage

zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

#### **E. 4.1.2**

Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Bundesgerichtsurteil 8C\_163/2007 vom 6. Februar 2008 E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Bundesgerichtsurteil 9C\_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

- 7 -

#### **E. 4.2**

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die IV-Stelle habe ungenügend untersucht, ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz die Beurteilung der Leistungsfähigkeit massgeblich in Anlehnung an die Berichte der RAD-Ärztin vornahm. Die regionalen ärztlichen Dienste können die geeigneten Prüfmethode bei der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und den allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Art. 49 Abs. 1 IVV). Bei Bedarf können sie selber ärztliche Untersuchungen durchführen (Art. 49 Abs. 2 IVV). Es versteht sich von selbst, dass sie statt einer persönlichen Untersuchung eine solche bei einem Facharzt anordnen können. In casu wurde der Versicherte zwar nicht persönlich durch den RAD untersucht, jedoch wurden sämtliche massgebenden Akten eingeholt. Gestützt darauf erliess der RAD unter Würdigung der Berichte der behandelnden Fachärzte seine Schlussberichte. Diese entsprachen nicht einem Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, aber die RAD-Ärztin schätzte den bestehenden medizinischen Sachverhalt anhand sämtlicher Akten schlüssig ein, wozu eine persönliche Untersuchung nicht notwendig war (Bundesgerichtsurteile 9C\_312/2017 vom 18. Mai 2018 E. 5.2.2).

#### **E. 4.3**

Sie erachtet in ihrem Erstbericht vom 19. September 2023 (S. 203 ff.) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (vorwiegend sitzend, teilweise stehend, nur kurze Gehstrecken in ebenem Gelände und guter Beleuchtung, ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewicht, ohne Treppensteigen usw.) als nicht gegeben. Dieser Bericht wurde von ihr am 7. Februar 2024 (S. 297 ff.) dahingehend ergänzt, dass der Versicherte am 8. Januar 2024 eine weitere Vorstellung am Neurozentrum des Inselspitals gehabt habe, wonach gemäss der EDSS ein Wert von 5.5 (Gehstrecke 100 m) bei Stand- und Gangataxie sowie proximal betonter spastischer Beinparese rechts

vorgelegen habe. Die MRI-Aufnahmen hätten demgegenüber einen stabilen Befund aufgezeigt. Insgesamt zeige sich eine stabile medizinische Situation bei zunehmender Reduktion der Gehstrecke, was evtl. durch eine zusätzliche Medikation verbessert werden könne. Wegen der Gangstörung bestehe medizinisch für die Servicetätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit bleibe im vollen Umfang möglich. In ihrem Schlussbericht vom 12. Juli 2024 (S. 381 ff.) führte sie gestützt auf die medizinischen Fachakten aus, die klinischen Befunde beim behandelnden Neurologen seien gemäss dessen Berichte vom 12. September, 14. Dezember 2023 sowie 12. April 2023 (recte: 2024) unverändert geblieben. Es würden keine weiteren Angaben zur EDSS oder einer Erschöpfung gemacht. Letztere werde jedoch vom Hausarzt ohne konkrete

- 8 - Angaben vorgebracht. Der Versicherte habe dargelegt, jeweils am Nachmittag eine längere Erholungsphase einlegen zu müssen. Aus rein medizinischer Hinsicht sei dieser in seiner bisherigen Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig. Hinsichtlich der angepassten Tätigkeit hielt sie eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 30 % ab Februar 2024 für angebracht und beschränkte die tägliche Arbeitszeit auf 6 Stunden. Diese Schlussfolgerung begründete sie in nachvollziehbarer Weise damit, dass sich die objektiven Befunde gegenüber den früheren kaum verändert hätten. Aus den medizinischen Unterlagen würde die vom Versicherten geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Januar 2024 nicht hervorgehen. Die festgehaltenen medizinischen Befunde seien zweifelsfrei seit September 2023 unverändert. Der behandelnde Neurologe mache auch keine Angaben betreffend einer allfälligen Fatiguesymptomatik oder einer angepassten Arbeitsfähigkeit. Seine Festsetzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei schliesslich nicht nachvollziehbar. In den Eingliederungs- und Abklärungsgesprächen habe der Versicherte aber im Februar bzw. Mai 2024 von nachmittäglichen Ruhepausen von 3 Stunden gesprochen. Da eine Fatiguesymptomatik im Rahmen der Multiplen Sklerose gut bekannt sei, müsse eine Leistungseinbusse in einer angepassten Tätigkeit von 30 % berücksichtigt werden. Den Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin kann mit Blick auf die neurologischen Fachberichte aber auch diejenigen des Hausarztes zweifelsfrei gefolgt werden. Das gilt ebenso für ihre Ansicht, dass die in den Akten vorhandenen Berichte und die Stellungnahmen eine eindeutige Beurteilung des Gesundheitszustandes zulassen und der medizinische Sachverhalt vollständig ermittelt ist. In ihrer Schlussfolgerung beschränkt sich die RAD-Ärztin nicht nur auf das Hauptleiden, sondern berücksichtigt sämtliche geklagten Beschwerden und eingetretenen Veränderungen. Ihr standen sodann sämtliche Akten zur Beurteilung zur Verfügung. Die ersten medizinischen Akten datieren vom August 2023 (S. 166) und reichen bis in den Sommer 2024, womit sie ein vollständiges Bild zum Verlauf des Gesundheitszustandes des Versicherten während dieser Zeit liefern. Die RAD-Berichte enthalten zudem die Diagnoseliste und das Zumutbarkeitsprofil. Des Weiteren wurden von ihr auch die Eingliederungsgespräche berücksichtigt und den darin erfassten Veränderungen des Gesundheitszustandes bei der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit explizit Rechnung getragen. Der Beschwerdeführer verkennt demgegenüber, dass er aus den hinterlegten Berichten der behandelnden Ärzte nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Diese Ärzte nehmen einerseits nicht nur eine höhere als die verfügte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit an, sondern stützen sich andererseits in ihren Berichten auch mehrfach einzig auf die Darlegungen des Versicherten ab, ohne

- 9 - eine befundbezogene Einschätzung abzugeben. Insofern vermögen die so geltend gemachten Veränderungen des Gesundheitszustandes keine zusätzliche Erwerbsunfähigkeit

zu begründen.

#### **E. 4.4**

Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers ist sodann der relevante Sachverhalt genügend dokumentiert. In medizinischer Hinsicht (klinische Befunde) stimmen die Berichte der behandelnden und der beurteilenden RAD-Ärztin im Wesentlichen überein. Dies gilt im Übrigen auch für die Einschränkungen. Die behandelnden Ärzte, auf die sich der Versicherte beruft, machen diesbezüglich keine zusätzlichen oder anderslautenden Einschränkungen als diejenigen, die von der RAD-Ärztin berücksichtigt wurden, geltend. Es besteht daher kein Anlass, die Richtigkeit der ärztlichen Beurteilung durch die RAD-Ärztin in Zweifel zu ziehen, umso mehr, als dass ihre Berichte umfassend sind, in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden und in den Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerung begründet sind. Inwiefern sodann der Bericht des behandelnden Neurologen vom 29. August 2024 (S. 417) daran etwas zu verändern vermag, ist nicht ersichtlich, zumal der Neurologe selber bestätigt, die MRI-Bildgebungen habe keine relevanten Befundänderungen gezeigt.

#### **E. 4.5**

Der Beschwerdeführer verlangt neuerliche Abklärungen. Zum Anspruch auf rechtliches Gehör gehört das Recht des Betroffenen auf Abnahme der rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel. Dies hindert das Gericht jedoch nicht, einen Beweisantrag abzulehnen bzw. auf die Abnahme von Beweisen zu verzichten, wenn es aufgrund bereits abgenommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür annehmen kann, seine Überzeugung werde durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert (BGE 134 I 140 E. 5.3). Die Vorinstanz und das Gericht haben sämtliche Akten des Versicherers sowie alle eingereichten und hinterlegten Belege zu den Akten genommen. Das urteilende Gericht hat sich aufgrund dieser Beweise seine Überzeugung gebildet und geht zweifelsfrei davon aus, dass von dem angeführten Beweismittel (in casu ein externes Gutachten) keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind bzw. seine Überzeugung durch dieses nicht geändert wird. Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine solche des rechtlichen Gehörs (BGE 145 I 167 E. 4.1, 144 II 427 E. 3.1.3 und 141 I 60 E. 3.3). Führen nämlich die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweissmassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Der von dem Beschwerdeführer diesbezüglich im Zusammenhang mit der Rückweisung gestellte Antrag ist demzufolge abzuweisen.

#### **E. 4.6**

Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer (unter Berücksichtigung gewisser Einschränkungen [wechselbelastende Tätigkeit usw.]) in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 70 % arbeits- und leistungsfähig ist. Daran vermögen die Berichte und die Einschätzungen der behandelnden Ärzte nichts zu ändern, zumal die hiervor zitierte Erfahrungstatsache zu beachten ist, wonach diese Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten des Patienten aussagen.

## E. 5

Zu prüfen ist weiter, ob die Invalidenversicherung den Invaliditätsgrad unter Zugrundelegung der korrekten Vergleichseinkommen richtig ermittelt hat.

### E. 5.1

Als Kriterium für die Leistungsfestsetzung gilt der hypothetische, ausgeglichene Arbeitsmarkt. Auf diesem ist dem Beschwerdeführer gemäss oben Dargelegtem ein 70 %-Pensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar. Der Versicherte hat die Ausübung einer Versicherungstätigkeit auf Mandatsbasis in einem kleinen Teilpensum stets beibehalten. Rechtsprechungsgemäss kann auf das tatsächlich erzielte Einkommen nicht abgestellt werden, wenn die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitskraft nicht in zumutbarer Weise voll ausschöpft (BGE 143 V 295 E. 2.2). Dies ist dann nicht der Fall, wenn sie auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen höheren als den tatsächlich erhaltenen Lohn erzielen könnte (Bundesgerichtsurteil 8C\_268/2021 vom 22. Juli 2021 E. 9.1). Auf diesem hypothetischen Arbeitsmarkt wäre dem Beschwerdeführer ein Stellenwechsel in eine Tätigkeit zumutbar, die es ihm erlauben würde, die zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 70 % ohne Leistungsminderung zu verwerten. Das Kriterium der «voll ausgeschöpften Restarbeitsfähigkeit» soll nicht den Interessen der versicherten Person, sondern denjenigen der Invalidenversicherung dienen, indem sich die versicherte Person nicht auf ein tieferes Einkommen berufen kann, während ihr die Erzielung eines höheren zumutbar wäre (Bundesgerichtsurteile 8C\_4/2023 vom 2. März 2023 E. 5.4, 8C\_590/2019 vom 22. November 2019 E. 5.3 in fine). Im hier zu beurteilenden Fall hat sich die Invalidenversicherung deshalb zu Recht dazu entschieden, die Festsetzung des Invalideneinkommens unter Zugrundelegung der gültigen LSE-Tabellenlöhne 2022 vorzunehmen.

- 11 - Die IV-Stelle hat weiter erwogen, dass ein zusätzlicher Abzug vom LSE-Tabellenlohn angezeigt sei, und hierfür 10 % gewährt (Art. 26bis Abs. 3 IVV). Der Beschwerdeführer beantragt einen Abzug von 20 % und verweist diesbezüglich u.a. auf sein Alter. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Die IV-Stelle hat dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch angepasste leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung gesundheitlicher Einschränkungen ausüben kann, mit der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit genügend Rechnung getragen. Ein zusätzlicher Tabellenabzug ist nicht angezeigt. Weiter verkennt der Beschwerdeführer, dass ihm trotz seines Alters im massgebenden Zeitpunkt der Verfügung noch eine 10-jährige Berufstätigkeit zugemutet werden kann. Im Übrigen hat das Bundesgericht bereits mehrfach festgehalten, dass selbst ein Alter von 55 keinen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt (vgl. Bundesgerichtsurteile 9C\_160/2013 vom 28. August 2013 E. 4.2 und 9C\_780/2008 vom 22. Dezember 2008 E. 3.4.2). Die übrigen Kriterien geben ebenfalls keinen Anlass auf eine höhere Reduktion (vgl. auch Bundesgerichtsurteil 9C\_444/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 3.2). Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt, darf sodann das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75). Dabei ist auch den Bestrebungen der Verwaltung Rechnung zu tragen, die darauf abzielen, durch interne Weisungen, Richtlinien, Tabellen, Skalen

usw. eine rechtsgleiche Behandlung der Versicherten zu gewährleisten (Bundesgerichtsursprung 8C\_342/2017 vom 28. August 2017 E. 4.2. mit Hinweisen). Nach dem Dargelegten ist daher am Abzug von 10 % und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'096.30 festzuhalten.

## **E. 5.2**

Im Weiteren wird das Valideneinkommen bestritten, insbesondere dessen Höhe sowie die Feststellung der Vorinstanz, der Beschwerdeführer hätte im Gesundheitsfall den Gast- und Hotelbetrieb weitergeführt.

### **E. 5.2.1**

Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, dass er sich längerfristig nicht mit einem tiefen Einkommen begnügt hätte, und beruft sich auf ein Bewerbungsschreiben sowie ein Arbeitszeugnis. Abgesehen davon, dass sich einerseits das Bewerbungsschreiben lediglich auf ein Teilpensum bezieht und andererseits das Arbeitszeugnis am 31. Juli 2016 im Zusammenhang mit der (Teil-)Aufgabe seiner Versicherungstätigkeit

- 12 - erstellt wurde, liegen keine konkreten Anhaltspunkte vor, die die Darlegungen des Versicherten untermauern würden. Konkrete Schritte (BGE 150 V 354), die für die Annahme der beschwerdeweise erstmals vorgebrachten Behauptung einer Betriebsaufgabe aus gesundheitsfremden Gründen sprächen, können aktenmässig nicht nachgewiesen werden. Auch der Einwand, der Verkauf des Betriebes habe eine längere Vorbereitungsphase erforderlich gemacht, ist in seinem Fall nicht belegt. Aktenmässig ausgewiesen ist einzig, dass ein erster Hinweis auf eine beabsichtigte Aufgabe des Unternehmens gegen Ende August 2023 (S. 153) erfolgte. Mitte November 2023 konkretisierte der Versicherte seine Absichten, indem er mündlich zu Protokoll gab, er plane Mitte/Ende 2024 den Betrieb zu verkaufen. Ergänzend führte er dabei aber explizit aus, bei guter Gesundheit würde er den Betrieb weiterführen (S. 218). Schliesslich äusserte er sich am 26. Januar 2024 dahingehend, dass er «Glück gehabt» habe, den Betrieb bereits im Januar 2024 per Ende Juni 2024 verkauft zu haben. Diese Umstände führen das Gericht zur Annahme, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Gesundheitsfall der Betrieb weitergeführt worden wäre, wie dies im Übrigen der Versicherte Mitte November 2023 (S. 218) selber darlegte, und mithin die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegenteiligen Darlegungen in Berücksichtigung eines allfälligen höheren Rentenantrags erfolgt sind. Den „Aussagen der ersten Stunde“ kommt im Allgemeinen grösseres Gewicht zu als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2). Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht auf diese ersten Angaben abgestellt.

### **E. 5.2.2**

Das von der Beschwerdegegnerin eingesetzte hypothetische Valideneinkommen von Fr. 74'762.25 stellt sodann den Durchschnittswert des erwirtschafteten Jahresgewinns und den Durchschnittslohn der Haupt- und Nebentätigkeit gemäss IK-Auszug der letzten Jahre (von 2019 bis 2022) dar. Damit wurde ein hypothetischer Wert in Berücksichtigung eines längeren Zeitraums ermittelt. Er entspricht einem hypothetischen Betrag, der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in den folgenden Jahren hätte erzielt werden können. Wenn der Beschwerdeführer ein Valideneinkommen von mindestens Fr. 100'000.00 berücksichtigen will, so ist dies in seinem Fall aufgrund der Aktenlage (auch in

Bezug auf die IK-Einträge, vgl. S. 149) eindeutig zu hoch bemessen. Ferner verkennt er, dass bei der Festsetzung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden kann, was bestenfalls hätte erzielt werden können. In Bezug auf den Einwand des Beschwerdeführers, das Valideneinkommen sei durch invaliditätsfremde Faktoren beeinflusst, ist festzuhalten, dass bei jeder selbstständigen

- 13 - Tätigkeit die Auftragslage konjunkturell bedingt ist, was jedoch die Anwendung der Einkommensvergleichsmethode keineswegs ausschliesst. Vielmehr ist hervorzuheben, dass die Invalidität bei Erwerbstätigen in erster Linie mittels der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen ist. Im Übrigen kann mit Blick auf den Rentenanspruch offenbleiben, ob – wie vom Beschwerdeführer behauptet – aufgrund der Coronapandemie eine nicht zu berücksichtigende Situation vorlag. Tatsache ist, dass gemäss den Buchhaltungsunterlagen das Umlaufvermögen der Jahre 2020 bis 2022 (S. 239, 242 und 245) höher ausfiel, als im Jahr vor der Pandemie (S. 248), wobei innerhalb des jeweiligen Geschäftszyklus erheblich mehr flüssige Mittel im Umlauf waren als im Jahr vor der Pandemie. Schliesslich darf, wenn sich das Valideneinkommen nicht hinreichend genau beziffern lässt, auf statistische Werte zurückgegriffen werden, soweit dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Bundesgerichtsurteil 8C\_603/2023 vom 25. September 2024 E. 4.1.1). Auch bei versicherten Personen, die im Gesundheitsfall weiterhin selbstständig erwerbstätig wären, kann zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE zurückgegriffen werden (vgl. z.B. SVR 2019 UV Nr. 40 S. 149; Bundesgerichtsurteile 8C\_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 6.2, 8C\_572/2021 vom 19. Januar 2022 E. 6.1). In casu nahm der Beschwerdeführer die selbstständige Erwerbstätigkeit im Jahr 2016 auf. Die in Folge erzielten Umsatzzahlen stellen wie die Parteien richtig schlussfolgern, keine verlässlichen Angaben dar. Hinzu kommt, dass dieser Aufbau und der Geschäftsgang im Gastronomiebereich allgemein durch den äusseren Umstand der Coronapandemie ab März 2020 negativ beeinflusst wurde. Daher lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, weshalb zu dessen Bestimmung auf die LSE abzustellen ist. Hierfür ist auf den branchenspezifischen Tabellenlohn „Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie“ der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE 2022, Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten, ohne umfangreiche einschlägige Berufserfahrung), Männer, abzustellen. Somit beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 68'352.20 (Fr. 4'570.00 hochgerechnet auf 41.7 Std. x 12 + Fr. 11'181.50 [Versicherungstätigkeit]). Selbst wenn vom Kompetenzniveau 3 (Komplexe praktische Tätigkeiten) und damit von einem Valideneinkommen von Fr. 82'163.24 ausgegangen würde, resultiert daraus kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %. Ferner ist richtig, dass hinsichtlich des Gastbetriebes der IK-Auszug des mit bestimmendem Einfluss auf die Aufteilung Gehalt/Gewinnanteil tätigen Beschwerdeführers die effektiven Verhältnisse nicht abbildet und die dort erfassten Einkommen allein keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellen. Da ausserdem – wie dargelegt – nicht

- 14 - auf die Geschäftsabschlüsse abgestellt werden kann, erübrigen sich die vom Beschwerdeführer eingebrachten Einwände hinsichtlich des Soziallohnes der Ehegattin sowie der Natureinkommen. Im Übrigen kann diesbezüglich auf die schlüssigen Darlegungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Schliesslich kann der Validenlohn gemäss Rechtsprechung dann nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert

werden, wenn er den Mindestverdienstvorgaben eines vom Bundesrat für allgemein verbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrages (GAV) im entsprechenden Berufszweig oder den branchenüblichen Einkommen in der LSE entspricht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen fällt daher in einem solchen Fall praxisgemäss ausser Betracht (Bundesgerichtsurteile 8C\_65/2022 vom 3. Juni 2022 E. 6.1.2, 8C\_541/2021 vom 18. Mai 2022 E. 4.2, beide mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer moniert weiter, die IV-Stelle verkenne, dass bereits im Jahr 2020 die Diagnose gestellt worden sei, weshalb nicht unbesehen auf die Jahre 1999-2022 abgestellt werden könne. Er habe in diesen Jahren bereits unter den Folgen der Erkrankung gelitten, was sich negativ auf das Betriebsergebnis ausgewirkt habe. Dies trifft zweifelsfrei nicht zu. Gemäss den einheitlichen medizinischen Darlegungen blieb die Erstmanifestation unklar. Aktenkundig ist weiter, dass eine Erstabklärung beim Neurologen am 18. März 2021 stattfand, wobei MRI-Untersuchungen im April und Mai sowie eine Punktion im Juni 2021 erfolgten, womit die Diagnosestellung frühestens auf diesen Zeitpunkt fällt. Der Beschwerdeführer verkennt im Weiteren, dass weder aufgrund der Diagnose noch auf deren Schwere auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden darf (BGE 148 V 49). Vielmehr sind die konkreten Umstände zu berücksichtigen. Gemäss Sprechstundenbericht vom 4. September 2023 (S. 181) brachte der Beschwerdeführer diesbezüglich gegenüber den untersuchenden Ärzten eine Erstsymptomatik im 30. Lebensjahr (Depression, Fatigue) vor, wobei diese jedenfalls den Versicherten nicht daran gehindert hatte, seiner anspruchsvollen Arbeit als Versicherungsfachmann nachzugehen und ein Amt in der Gemeinde auszuüben. Die Ärzte des Neurozentrums halten sodann bezüglich der Anamnese fest, es sei davon auszugehen, dass der Versicherte keine eindeutigen Schübe gehabt habe, sondern sich über die letzten 20 Jahre progredient Probleme beim Gehen, Treppensteigen und Müdigkeit manifestiert hätten. Trotz dieser Feststellungen attestierten sie im September 2023 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (S. 181). Wenn mithin auch eine seit längerer Zeit bestehende Erkrankung bestanden hat, ist eine darin begründete (Teil-)Arbeitsunfähigkeit erst seit Anfang 2023 ausgewiesen. Damit ist davon auszugehen, dass der Versicherte trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterarbeiten und dies in einem vollen Pensum tun

- 15 - konnte. Die behandelnden Ärzte erachteten dies jedenfalls als möglich, ansonsten zweifelsfrei ein entsprechendes Arbeitsunfähigkeitszeugnis erfolgt wäre. Der Schweregrad der Erkrankung wird ausserdem über die EDSS auf einer Skala von 0 bis 10 definiert. Auch wenn der EDSS-Wert nur bedingt etwas über die Arbeitsfähigkeit aussagt, lag gemäss medizinischen Feststellungen noch am 21. August 2023 (S. 181) ein Wert von 4 (d.h. Patient ist gehfähig ohne Hilfe und Rast für mindestens 500 m. Aktiv während ca. 12 Stunden pro Tag trotz relativ schwerer Behinderung) vor. Nach dem Dargelegten drängt sich somit diesbezüglich keine Änderung des Valideneinkommens auf.

### **E. 5.2.3**

Ergänzend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Schademinderungspflicht gehalten war, ein allfälliges Manko mit organisatorischen bzw. administrativen Arbeiten auszugleichen, zumal er mit Administrativarbeiten vertraut war und über Computerkenntnisse verfügte. Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Abklärung vom 26. Januar 2024 an, dieser Bereich mache 20 % und der Service einen solchen von 60-70 % seiner Gesamttätigkeit aus (S. 283; vgl. auch Betätigungsvergleich des Taggeldversicherers S. 362). Dies erscheint realitätsfremd und kann mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit nicht den Tatsachen entsprechen. Beim Betrieb des Beschwerdeführers ist die Führung bzw. seine Fronttätigkeit zentral gewesen. Gerade auch für die Wahrnehmung dieser Führungsfunktionen sind die entsprechenden administrativen Tätigkeiten wesentlich. Es ist gerichtsnotorisch, dass die Führung eines Betriebs mit mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein erhebliches Ausmass an administrativen Arbeiten bzw. Führungsarbeit erfordert. Mit Blick auf die vorhandene Betriebsstruktur kann daher in casu nicht von einer lediglich 20 %-igen Betriebsführung ausgegangen werden, sondern müsste mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vielmehr ein Anteil von mindestens 60 % berücksichtigt werden, inklusive der Akquisition von Kunden bzw. Betreuung von Gästen. Neben der Materialbereitstellung bzw. Einkauf im Ausmass von 10-15 % verblieben realistisch Servicearbeiten von 25-30 %. Darunter würden auch leicht einzustufende Arbeiten fallen, wie zum Beispiel das Bereitstellen der Bestellungen bzw. der Getränke usw. weshalb in diesem Rahmen ebenfalls keine vollständige Einschränkung resultieren würde. In diesem Sinne überzeugt die Darlegung des Versicherten vom 26. Januar 2024 (S. 283), wonach keine personellen Anpassungen vorgenommen worden seien. Vorbehalten bleibe, dass die Ehegattin jetzt gewisse Tätigkeiten im Service übernommen habe. Deren Tätigkeit bestand aber gerade in der Hilfestellung für «alles» im Umfang von 60-80 %, weshalb der Beschwerdeführer auch gestützt auf diesen Einwand, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag. Es ist auch so, dass das Ehepaar

- 16 - den Servicedienst mit zwei weiteren Personen, die ein Pensum von ca. 120 % absolvieren, teilten. Nach dem Dargelegten wäre mithin selbst unter Anwendung eines Betätigungsvergleichs kein Rentenanspruch begründet worden, womit es sein Bewenden hat.

## **E. 6**

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als materiell rechtens. In Berücksichtigung der formell-rechtlichen Darlegungen führt dies zusammengefasst zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, als die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gilt. Darüber hinaus wird die Beschwerde abgewiesen.

### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf Fr. 500.00 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten zu  $\frac{1}{4}$  d.h. im Umfang von Fr. 125.00 der Beschwerdegegnerin und zu  $\frac{3}{4}$  im Umfang von Fr. 375.00 dem Beschwerdeführer auferlegt. Letzterer Betrag wird mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss anteilmässig verrechnet. Der Restbetrag von Fr. 125.00 wird dem Beschwerdeführer zurücküberwiesen.

### **E. 7.2**

Der (teilweise) obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist global festzusetzen und umfasst die Entschädigung an die berechtigte Partei sowie ihre Anwaltskosten (Art. GTar), die in Anwendung der Art. 27 ff. GTar festzusetzen sind und bei Verfahren vor der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts zwischen Fr. 550.00 und Fr. 11'000.00 betragen (Art. 40 Abs. 1 GTar). Aufgrund des teilweisen Obsiegens, des Umfangs, des geschätzten Aufwands, der Bedeutung und der

Schwierigkeit des Falles wird dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Kantonsgericht eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 550.00 zugesprochen, welche von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Der Beschwerdegegnerin – d.h. dem Versicherungsträger – steht kein Parteientschädigungsanspruch zu (Art. 91 Abs. 3 VVRG, Art. 61 lit. g ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, 4 A., 2020, Rz. 218 zu Art. 61 ATSG).

- 17 - Das Kantonsgericht erkennt:

1. Der Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gilt. Darüber hinaus wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 500.00 gehen im Betrag von Fr. 125.00 zu Lasten der Beschwerdegegnerin und im Betrag von Fr. 375.00 zu Lasten des Beschwerdeführers. Letztere werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Der Betrag von Fr. 125.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 550.00.

Sitten, 20. August 2025

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