

S1 20 192 und S1 20 297

**URTEIL VOM 28. JUNI 2021**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

**in Sachen**

**X** \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt M \_\_\_\_\_,

**gegen**

**KANTONALE IV-STELLE**, 1950 Sitten, Beschwerdegegnerin

(Umschulung / Rentenanspruch)

Beschwerde gegen die Verfügungen vom 19. August 2020 und 10. November 2020

## Sachverhalt und Verfahren

A. Der am xxx 1961 geborene X \_\_\_\_\_ meldete sich am 5. Juni 2009 (IV-Akten S. 10) bei der IV-Stelle Wallis zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle holte in der Folge Arzt- und Arbeitgeberberichte ein (S. 55 ff.). Dr. A \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, diagnostizierte am 26. August 2009 (S. 70 ff.) ein chronifiziertes komplexes Schmerzsyndrom bei posttraumatischer cervicaler Dysfunktion sowie chronifizierte Schulter- und Epicondylus lat., Belastungsschmerzen rechts bei Diskusherniation HWK 5/6 und Diskusprotrusion HWK 6/7 mediolat. rechts und eine chronisch rezidivierende lumbosacrale und iliosacrale Dysfunktion. Als Bauarbeiter sei der Patient nicht mehr arbeitsfähig. Leichtere Hilfsarbeiten in einem Kantinenbetrieb seien ab dem 7. Oktober 2008 zu 75% möglich.

Anlässlich eines psychosomatischen Konsiliums in der Rehaklinik B \_\_\_\_\_ legten die Fachärzte für Psychiatrie Dr. C \_\_\_\_\_ und D \_\_\_\_\_ am 7. April 2008 (S. 502 ff.) dar, der gegenwärtige Eindruck spreche gegen eine erhebliche Symptomausweitung. Möglich sei eine vorübergehende depressive Phase anfangs 2008 gewesen, gesamthaft könne man jedoch im Moment nicht von einer psychischen Störung mit Krankheitswert sprechen. Nach dem stationären Aufenthalt ergänzten die Ärzte der Rehaklinik am 5. Mai 2008 (S. 76 ff.), der Versicherte habe am 3. Oktober 2007 eine Endphalanx-Mehrfachfraktur am rechten Daumen sowie eine Ellenbogenkontusion erlitten, die zu einer posttraumatischen Epicondylopathia humeri radialis rechts geführt habe. Eine motorische Läsion bestehe klinisch nicht (S. 78). Dem Versicherten sei damals bei privaten Arbeiten ein grosser Stein auf den Daumen und den rechten Unterarm gefallen (S. 76 ff.). Durch diesen Unfall sei ein Zervikalsyndrom und ein Zervikozephal-syndrom ausgelöst worden. Ausserdem schildere der Patient Schmerzen lumbal und am Beckenkamm. Diese Beschwerden seien unfallfremd. Im psychosomatischen Konsilium habe keine psychische Störung von Krankheitswert festgestellt werden können. Der Patient sei durch die Unfallfolgen beim kraftvollen Einsatz der rechten Hand und bei Belastungen des Nackens und Schultergürtel behindert. Er erreiche aktuell die Belastbarkeit einer leichten bis mittleren Arbeit, die er ganztags jedoch mit einer zusätzlichen Pause von 1 Stunde ausführen könne. Die bisherige Tätigkeit sei zu 50% möglich, angepasst ganztags.

Im Juni 2009 holte die IV-Stelle die Akten des Taggeldversicherers (S. 425 ff.) ein. Gemäss Arzteugnis vom 16. Februar 2009 (S. 428) hatte medizinisch ein unklarer Fall mit fraglichen Phantomschmerzen vorgelegen. Die Schmerzintensität und -lokalisation

konnte nicht erklärt werden. Die IV-Stelle holte ebenfalls die Akten der SUVA ein (S. 431 ff.). Gemäss kreisärztlicher Untersuchung von Dr. E \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2008 (S. 431 ff) konnte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab Mitte Juli 2008 zugemutet werden. Eine Symptomausweitung könne nicht ausgeschlossen werden. Mit Entscheid vom 16. Januar 2009 (S. 442 ff.) bestätigte die SUVA die Leistungseinstellung per 31. Juli 2008 und schloss den Fall ab. Vor dem Hintergrund übereinstimmender medizinischer Erkenntnisse und Beurteilungen stand fest, dass die vom Versicherten noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat beruhten. Der Neurologe hatte auch kein wesentliches Zervikovertebralsyndrom nachweisen können. Mit MRT der HWS vom 10. August 2009 (S. 100) legte der Radiologe Dr. F \_\_\_\_\_ dar, im Verlauf zeige sich auf keiner der untersuchten Höhen eine relevante Spinalkanaleinengung im HWS-Bereich bzw. keine Signalalteration des Halsmarks.

Am 24. September 2009 attestierte RAD-Arzt Dr. G \_\_\_\_\_ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem Bau und eine 100% in einer angepassten Tätigkeit ab dem 5. Mai 2008 (S. 91). RAD-Arzt Dr. H \_\_\_\_\_, dem die IV und UVG-Akten unterbreitet worden waren, schlussfolgerte am 24. September 2009 (84 ff.), der Versicherte sei von Seiten der SUVA seit Mitte Juli 2008 zu 100% arbeitsfähig geschrieben worden. Beim Assessment-Gespräch vom 24. September 2009 (S. 92) habe sich der Versicherte in einer demonstrativ leidenden Art präsentiert. Gemäss subjektiven Angaben des Versicherten hätten ihn die Schmerzen in gestreckter Position des Arms gestört. Interessant sei gewesen, dass der Versicherte den Arm während des Gesprächs immer in (halb)gestreckter Position auf dem Tisch habe liegen gehabt. Als weitere Störungen, neben Nackenschmerzen, habe der Versicherte über Schmerzen in der gesamten rechten Seite und Sehstörungen im rechten Auge geklagt. Eigentlich weise der Versicherte keinen anatomischen Grund auf, um nicht mehr auf dem angestammten Beruf arbeiten zu können. Gemäss RAD-Arzt gab es eine deutliche Diskrepanz zwischen den objektiv klinischen Befunden und den subjektiv geklagten Beschwerden. Mit Bericht vom 17. November 2009 (S. 113 ff.) hielt Dr. G \_\_\_\_\_ an seiner Stellungnahme vom 24. September 2009 fest.

Mit Vorentscheiden vom 24. November 2009 (S. 116 ff.) zeigte die IV-Stelle dem Versicherten den ablehnenden Rentenanspruch sowie die Abweisung der Kostengutsprache für die Umschulung an. Damit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 21. Dezember 2009 Einsprache (S. 122 und 131). Die Berichte des RAD würden in Widerspruch zum Bericht der Rehaklinik B \_\_\_\_\_ stehen. Dr. A \_\_\_\_\_ riet

am 27. Januar 2010 (S. 134) zu einem erneuten Rehaaufenthalt in B \_\_\_\_\_ und schlussfolgerte, es sei seit August 2009 zu keiner Verbesserung des Zustandes gekommen. Mit Bericht vom 11. Februar 2010 (S. 138) forderte der RAD-Arzt eine orthopädische/rheumatologisch/psychiatrische RAD-Abklärung. Die Untersuchungen erfolgten am 11. Mai 2010 (S. 147 ff.). Gemäss Dr. I \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte der Versicherte anlässlich des Gesprächs ein leichtes Verdeutlichungsverhalten mit einigen Elementen einer Symptomausweitung hinsichtlich seiner Krankheitsbeschreibung dar (S. 151). Der Arzt konnte auch eine Tendenz zu ausweichenden Antworten des Versicherten im Zusammenhang mit den unschönen Vorkommnissen zwischen seiner Ehefrau und ihm sowie im Zusammenhang mit seinem Alkoholkonsum feststellen. Die Befragung ergab aber nicht Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Angststörung. Aus rein psychiatrischer Sicht konnte weder heute noch im Jahr 2008 eine Diagnose gestellt werden. Es habe auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt werden können. Der Versicherte selber habe klar angegeben, dass er sich nicht psychisch krank fühle, insbesondere auch nicht depressiv. Dieser situiere sein Problem auf somatischer Ebene. Die klinische Abklärung durch Dr. J \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ergab am 20. Mai 2010 (S. 154 ff.), dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit ab dem 5. Mai 2008 zu 100% arbeitsfähig war (S.167).

Mit Verfügungen vom 8. Juni 2010 (S. 174 ff.) lehnte die IV-Stelle den Renten- und den Umschulungsanspruch ab. Diese Verfügungen traten unangefochten in Rechtskraft.

**B.** Am 26. Oktober 2011 (S. 184) liess der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes melden. Der Mitteilung lagen diverse Arztberichte bei. Die Fachärztin für Schmerztherapie, Dr. K \_\_\_\_\_, diagnostizierte mit Berichten vom 29. November 2011 (S. 187) und 14. März 2011 (S. 191) eine somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige Depression sowie einen Schwindel unklarer Genese. Sie war der Ansicht, dass die Beschwerden rein myofaszialen Ursprungs waren. Im August 2011 sei es zu einer Schmerzzunahme und einer depressiven Verstimmung gekommen, weshalb der Versicherte den Ärzten des PZO zugewiesen worden sei. Diese hätten keine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt, sondern die somatoforme Schmerzstörung F 45.4 bestätigt. Ihrer Ansicht nach war der Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Bei einer entsprechenden beruflichen Integration könne die Arbeitsfähigkeit sukzessiv gesteigert werden. Dr. L \_\_\_\_\_, Psychiaterin, attestierte während des Aufenthalts in der Tagesklinik ab dem 12. September 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 189). Am 22. November 2011 (S. 2019) ergänzte die Ärztin, aktuell bestehe neben dem schweren

Schmerzsyndrom eine leichte depressive Symptomatik. Gestützt auf diese Akten forderten die RAD-Ärzte eine Verlaufsuntersuchung, die am 24. Oktober 2012 (S. 237) erfolgte. Gemäss Dr. I \_\_\_\_\_ lag auf psychiatrischer Seite keine invalidisierende Erkrankung vor. Insbesondere wurde die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht nachgewiesen, da die für diese Diagnose geforderte massive Fixierung auf die Schmerzen als solche klar nicht vorlag (S. 247). Hingegen konnte eine gewisse Verdeutlichungs-tendenz mit einigen Elementen der Symptomausweitung beobachtet werden (S. 247). Bei der physikalisch medizinischen Untersuchung waren unveränderte Verhältnisse festgestellt worden. Angepasst war der Versicherte daher weiterhin zu 100% arbeitsfähig.

Mit Vorentscheid vom 30. November 2012 (S. 255) und unangefochtener Verfügung vom 25. Januar 2013 (S. 258) lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch erneut ab.

**C.** Am 28. November 2018 (S. 262) melde sich der Versicherte zum dritten Mal bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Er sei am 23. Oktober 2017 auf dem Weg zur Arbeit gestolpert und habe sich eine Beckenfraktur zugezogen (S. 269), die osteosynthetisch im Insepsital von Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ versorgt worden sei (S. 745 ff.). Die IV-Stelle holte die SUVA Akten ein (S. 302, S. 541 ff.). Es folgten umfassende diagnostische Abklärungen, wobei eine leicht dislozierte Azetabulumfraktur, eine HWS- und eine Handgelenk- sowie Ellbogendistorsion rechts diagnostiziert worden waren (S. 680 ff). Die Rehaabteilung des Spitals P \_\_\_\_\_ hatte den Versicherten am 20. Dezember 2017 (S. 680 ff.) nach Hause entlassen. Im Austrittsbericht von Dr. Q \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Dezember 2017 (S. 689 ff.) wurde zusätzlich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit myofazialen, gem. nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen der rechten Körperhälfte gestellt. Der Patient sei im Innen- und Aussenbereich mittels Unterarmgehstützen mobil. Anlässlich der Verlaufskontrolle bei Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2018 (S. 659 f.) stellte dieser eine zeitgemässe Verheilung bei absolut anatomischer Rekonstruktion des Gelenkes fest. Auf die zwei Krücken sollte baldmöglichst verzichtet werden. Der weitere Verlaufsbericht im April 2018 (S. 636 f.) ergab keine Veränderungen und der Kreisarzt Dr. R \_\_\_\_\_ schlug am 18. April 2018 (S. 634) eine stufenweise Arbeitsaufnahme in der angestammten Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit innert 4-8 Wochen vor. Der behandelnde Hausarzt Dr. S \_\_\_\_\_ (S. 607 ff.) attestierte jedoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. Juni 2018 (S. 612 ff.) ersuchte dieser um eine weitere Abklärung durch Prof. Dr. O \_\_\_\_\_, die am 10. Oktober 2018 ergab, dass eine Schraubenüberra-gung vorlag (S. 398) und es zu einer Infiltration gekommen war (S. 584).

Mit Bericht vom 26. November 2018 (S. 575) schilderte Dr. S \_\_\_\_\_ eine unveränderte Beschwerdesituation und forderte eine weitere Abklärung bei Prof. Dr. O \_\_\_\_\_, die am 19. Dezember 2018 stattfand und mit einem Behandlungsabschluss einherging (S. 774, 822). Aus radiologischer Sicht zeigte sich eine gute Osteosynthese mit erhaltenem Gelenkspalt und korrekter Plattenlage, weshalb die Schmerzen mechanisch nicht erklärbar waren und der Versicherte zur Schmerztherapie im PZO angemeldet wurde (S. 771, 813). Nachdem der Versicherte erneut kreisärztlich untersucht worden war (S. 798), vermutete der Kreisarzt (S. 797), dass die überlangen Schrauben das umliegende Weichteilgewebe mechanisch irritieren könnten und ersuchte Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ erneut um Stellungnahme. Dr. K \_\_\_\_\_, Fachärztin für Schmerztherapie, ging im März 2019 (S. 788) von einer somatoformen Schmerzstörung aus und riet zur psychologischen Unterstützung (S. 788). Am 18. März 2019 untersuchte Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ den Versicherten und riet von weiteren orthopädischen Eingriffen ab, da die Ursache der Beschwerden nicht im Osteosynthesematerial lag (S. 786). Ein Erstgespräch im PZO fand am 5. April 2019 (S. 344) statt. Die am 13. Juni 2019 (S. 373) erstellte CT ergab kein sicheres Korrelat für die Symptomatik. Mit Schlussbericht vom 24. Juni 2019 folgerte Kreisarzt Dr. R \_\_\_\_\_ (S. 867), die Beurteilung liege in den Händen des sehr erfahrenen Operators Prof. O \_\_\_\_\_. Dieser rate von einer Materialentfernung ab. Gemäss Prof. Dr. T \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, konnte kein fokales neurologisches Defizit festgestellt werden. Seiner Ansicht nach stand ein chronisches Schmerzsyndrom im Vordergrund (S. 858). Die SUVA erkundigte sich am 22. Oktober 2019 beim Versicherten, ob er mit einer Drittmeinung in der Universitätsklinik U \_\_\_\_\_ einverstanden sei, was dieser bejahte (S. 950).

Mit Bericht vom 26. November 2019 (S. 931) beurteilten Dres. V \_\_\_\_\_ und W \_\_\_\_\_, Ärzte der Klinik U \_\_\_\_\_, die Situation mit chronischen Schmerzen als schwierig. Diese könnten nicht mit der anatomischen Struktur und der aktuellen Bildgebung in Verbindung gebracht werden. Nach Angaben des Patienten hätten sich in den letzten Jahren keinerlei Besserungstendenzen gezeigt. Auch neurologische Befunde seien ausgeschlossen. Auch könne der Schraubenüberstand nicht Ursache für die vom Patienten geklagten Beschwerden sein. Zur weiteren Abklärung sei noch ein MRI geboten. Eine Entfernung des Osteosynthesematerials sei nicht erfolgsversprechend. Mittels MRI vom 9. Dezember 2019 (S. 924) wurde das Vorliegen einer Femurkopfnekrose ausgeschlossen und eine beginnende Coxarthrose diagnostiziert. Dr. V \_\_\_\_\_ ergänzte mit Bericht vom 18. Dezember 2019 (S. 919), letztendlich habe mittels intraartikulärer Infiltration eine arthrogene Ursache der Beschwerden praktisch ausgeschlossen werden können. Zur Beurteilung der unfallkausalen Zumutbarkeit wurde daher vom

Kreisarzt am 11. März 2020 eine Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit empfohlen, welche in der Rehaklinik B \_\_\_\_\_ erfolgen sollte (S. 905).

Am 5./6. Mai 2020 kam es zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL-Testung) in der Klinik B \_\_\_\_\_ (S. 954 ff.). Der Versicherte sei noch immer an zwei Unterarmgehstützen eingeschränkt mobil. Es würden von diesem bewegungs- und belastungsverstärkte einschliessende Schmerzen angegeben. Das Heben von schweren Lasten, das Besteigen von Leitern, von Gerüsten sowie Vibrationens- und Stossbelastungen sollten zur Vermeidung der Zunahme der Coxarthrose vermieden werden. Es solle eine wechselbelastende Tätigkeit ausgeführt werden, die ganztags zumutbar sei. Es seien erhebliche Symptomausweitungen beobachtet worden. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen und den Diagnosen nicht erklären. Während der klinischen Untersuchung hätten sich wesentliche Inkonsistenzen gezeigt. Beim Abschied habe der Versicherte mehrfach das rechte Bein ohne Schmerzangabe belastet und eine Innenrotation des Beines bei Vollbelastung vollzogen. Auch beim An- und Ausziehen der Schuhe habe er die Hüfte deutlich mehr als 90 Grad flexiert. Diskrepanzen hätten auch zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich HWS, Schultergürtel oder obere BWS und dem raschen Abbruch beim Test Armhalten vorne bestanden. Beim Ausfüllen des Fragebogens habe der Versicherte aufrecht und symmetrisch gesessen, obwohl er ansonsten dargelegt habe, er könne nicht normal sitzen. Das Drehen nach rechts sei ohne Hilfsmittel möglich gewesen, nach links habe sich der Versicherte nicht in der Lage gefühlt. Dies treffe auch auf das Gehen ohne Stöcke zu, während im Rahmen des Tests «Berg Balance Scale» mehrere Schritte ohne Hilfsmittel beobachtet worden seien. Beim Treppehochsteigen habe der Versicherte spontan das rechte (schmerzhafte) Bein als Kraftbein eingesetzt. Die Messung des Umfangs sowohl des Oberschenkels als auch des Unterschenkels sei symmetrisch ausgefallen, was im Gegensatz zur geltend gemachten Schonhaltung stehe. Der Index zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit habe unter 100 Punkte gelegen.

In der Folge stellte die SUVA die Taggeldleistung per 31. Juli 2020 ein (S. 997 ff.). Mit Verfügung vom 22. Juli 2020 (S. 1000 ff.) lehnte sie anhand eines Einkommensvergleichs die Renten- und Integritätsleistung ab. Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit rechtskräftigem Entscheid vom 9. Dezember 2020 (S. 1005) abgewiesen.

**D.** Mit Vorentscheiden vom 18. Juni 2020 (S. 319 ff.) zeigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Umschulungsanspruchs und die Zusprache eines befristeten

Rentenanspruchs vom 1. Mai 2019 bis zum 1. September 2020 an. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Versicherten ab dem 6. Mai 2020 wieder eine angepasste Tätigkeit mit einigen funktionellen Einschränkungen (wechselnde Arbeitsposition, ohne Heben von Gewichten über 10 kg, keine schweren Arbeiten, limitierte Gehstrecke, Vermeidung von unebenem Gelände, keine Stoss- und Vibrationsbelastungen, kein Hocken, Knien oder Bücken, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten) zu 100% zumutbar sei. Am 23. Juli 2020 (S. 332) erhob der Versicherte dagegen seine Einwände. Aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes sei eine Anstellung in einer angepassten Tätigkeit überhaupt nicht angemessen. Er könne gegenwärtig nicht sitzen. Dabei verwies er auf die Berichte von Dr. K \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 (S. 337) und vom 17. Juni 2020 (S. 333), in denen die Ärztin darlegte, der Patient habe von keiner Infusion eine Schmerzreduktion bemerkt. Die neurologische Untersuchung und die Tiefensensibilität seien unauffällig ausgefallen. Die Bewegung der linken Hüfte sei völlig schmerzfrei möglich gewesen. Durch Ablenkung habe auch die Bewegung der rechten Hüfte bis 90 Grad durchgeführt werden können. Der Patient zeige ein deutliches Schonverhalten mit wenig Belastung des rechten Beines. Dieser habe angegeben, dass er ohne Medikamente nicht laufen könne. Laufen würde dieser weiterhin mithilfe von 2 Gehstöcken. Der Patient leide an einer somatoformen Schmerzstörung bei aktuellem Rentenbegehren. Dieser wisse, dass er mithilfe des Psychologen lernen müsse, die Fehlprogrammierung zu verändern. Evt. könne noch eine transkranielle Magnetstimulation versucht werden. Von invasiven Massnahmen sei abzusehen. «Wie bereits von den Kollegen vermutet, bestätige ich die somatoforme Störung...Der Patient zeigt ein deutliches Schonverhalten mit wenig Belastung des rechten Beins» (S. 337). Nachdem die Akten dem RAD-Arzt Dr. Y \_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, unterbreitet worden waren, schlussfolgerte dieser am 27. Juli 2020 (S. 348 ff.), die geschilderte Symptomatik lasse sich keinem anatomischen Substrat zuordnen und es sei auf erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen hinzuweisen.

Mit Verfügung vom 19. August 2020 (S. 353) lehnte die IV-Stelle den Anspruch auf Umschulung ab, da sich der Invaliditätsgrad lediglich auf 10% belief. Hiergegen liess der Versicherte am 16. September 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Wallis einreichen und hinterlegte den Arztbericht von Dr. K \_\_\_\_\_ vom 12. August 2020. Beim Patienten sei die transkranielle Stimulation durchgeführt worden, wobei jedoch subjektiv keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung festgestellt worden sei. Objektiv habe man den Eindruck gehabt, dass der Patient deutlich besser laufen könne, als vor der Behandlung (S. 376). Der Patient habe darum gebeten, bei Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ eine Meinung einzuholen.

Mit Verfügung vom 10. November 2020 (S. 390 ff.) sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine befristete ganze Rente vom 1. Mai 2019 bis 31. August 2020 zu (S. 390). Ab dem 6. Mai 2020 sei es diesem zuzumuten, eine angepasste Tätigkeit zu 100% auszuüben. Bei einer solchen Tätigkeit könne er ein Einkommen von CHF 60'665.35 erzielen, womit ein Invaliditätsgrad von 10% resultiere. Auch hiergegen liess der Versicherte am 11. Dezember 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht einreichen. Darin attestierte Dr. S \_\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. November 2020 bis zum 5. Januar 2021 (S. 405). Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ seinerseits hatte am 6. Oktober 2020 (S. 406) dargelegt, die Symptome seien seit dem Bericht vom 18. März 2019 unverändert geblieben. Der Patient klagt nach wie vor über Schmerzen. Da diese eher unbestimmt seien, sei vor weiteren Eingriffen Zurückhaltung geboten. Die Röntgenbilder würden ein normales Bild zeigen. Das Osteosynthesematerial sei regelrecht und es würden keine Zeichen einer Coxfemoralarthrose vorliegen. Er empfahl eine stationäre Schmerztherapie und sah von weiteren Konsultationen ab. Der Beschwerdeführer führte aus, seit seinem Unfall vom 23. Oktober 2017 sei er nie beschwerdefrei gewesen. Mehrfach sei eine somatoforme Störung diagnostiziert worden und eine Magnetstimulation habe eher zu einer Verschlechterung, anstatt zu einer Verbesserung geführt, trotzdem sei kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden. Ausserdem sei der Bericht von Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ unberücksichtigt geblieben. Danach habe sich der Zustand nicht verbessert. Auf das Ergebnis versicherungsinterner Abklärungen könne nicht abgestellt werden.

In ihren Vernehmlassungen vom 20. Oktober 2020 und 23. Februar 2021 hielt die IV-Stelle an ihren Verfügungen fest. In Bezug auf den Bericht von Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ führte sie aus, aus diesem gehe keineswegs hervor, dass der Versicherte arbeitsunfähig sei. Sodann würden im Fall des Beschwerdeführers eine Vielzahl von Inkonsistenzen, Widersprüchen und damit Hinweise auf Aggravation bestehen. Unter diesem Gesichtspunkt sei das strukturierte Beweisverfahren nicht erforderlich. Insbesondere aus der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in der Klinik B \_\_\_\_\_ vom 5. und 6. Mai 2020 hätten sich erhebliche Diskrepanzen ergeben. Bereits aus diesem Grund sei spätestens ab diesem Zeitpunkt kein Leistungsanspruch mehr gegeben. Subsidiär, beantragte sie die vollständige Aufhebung der Verfügungen. Der Vernehmlassung lag der RAD-Bericht von Dr. Y \_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2021 bei. Replizierend forderte der Versicherte ergänzende Abklärungen. Die IV-Stelle habe lediglich auf versicherungsinterne Abklärungen abgestellt. Er befinde sich ausserdem in psychiatrischer/psychologischer Behandlung bei Dr. Z \_\_\_\_\_. In ihren Dupliken hatte die IV-Stelle ihren Verfügungen nichts mehr hinzuzufügen.

Auf weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen und Begründungen wird, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## ERWÄGUNGEN

### 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 [RPflG] 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) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### 2.

**2.1** 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).

**2.2** Streitig ist in casu, ob die IV-Stelle den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers genügend abgeklärt, richtig beurteilt und gestützt darauf einen Renten- und Umschulungsanspruch zu Recht verneint hat.

### **3.**

**3.1** Als Invalidität gilt die aufgrund eines Geburtsgebrechens, Unfalls oder einer Krankheit voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nicht jede Invalidität begründet einen Anspruch auf eine Rente. Erforderlich ist eine gewisse Art und Schwere (Art. 4 Abs. 2 IVG). Seit dem 1. Januar 2004 besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50% ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% ein solcher auf eine ganze Rente (Art. 28 IVG).

**3.2** Auch wenn Gegenstand der Invalidenversicherung im erwerblichen Bereich nicht der Gesundheitsschaden an sich ist, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung, der Invaliditätsbegriff in diesem Sinne ein juristischer und kein medizinischer Begriff ist (BGE 102 V 166), 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 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2).

**3.3** Gegenstand der Invalidenversicherung ist mithin 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 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2).

**3.4** 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 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 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 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3).

#### **4.**

**4.1** Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte, die diese in Kenntnis der gesamten IV-Akten, gestützt auf die SUVA-Akten, die EFL-Testung in der Klinik B \_\_\_\_\_, die neurologischen Testungen sowie die zahlreich vorhandenen Berichte behandelnder Ärzte abgaben.

**4.2** Der Beschwerdeführer bemängelt die Abklärungen der IV-Stelle, die es trotz des mehrfach von ärztlicher Seite geäusserten Verdachts auf ein somatoformes Syndrom

unterlassen habe, diesbezüglich genügende Abklärungen zu veranlassen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei ohne strukturiertes Beweisverfahren abgeklärt worden. Die IV-Stelle habe vorschnell den Schluss einer Aggravation gezogen. Bei der EFL-Testung handle es sich um ein verwaltungsinternes Beweisstück und diesem folgend ignorierte die Beschwerdegegnerin in krasser Weise den wirklichen Gesundheitsschaden.

**4.3** Dieser Darstellung des Beschwerdeführers kann nicht beigespflichtet werden. Der Bericht der Klinik B \_\_\_\_\_ enthält eine ausführliche Anamnese, einen Status, den Befund, die Diagnosen, eine medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung, eine Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität sowie die Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit. Den Ärzten standen die medizinischen Berichte, Ergebnisse und Stellungnahmen der letzten Jahre zur Verfügung. Sie kamen aufgrund der umfassenden Untersuchungen in übereinstimmender Weise zum Schluss, die Einschränkungen, die der Explorand klagt, könnten weder somatisch noch psychiatrisch erklärt werden. Deren Beurteilung stimmt sodann mit derjenigen von Dr. L \_\_\_\_\_ in Bezug auf die psychiatrische Beurteilung, als auch mit derjenigen von Dr. K \_\_\_\_\_ in schmerztherapeutischer und psychologischer Hinsicht überein. Prof. Dr. T \_\_\_\_\_, dem die Akten aus neurologischer Sicht unterbreitet worden waren, konnte ebenfalls keine namhaften Ausfälle erheben. Schliesslich sind sich auch die Orthopäden darin einig, dass weder eine physiotherapeutische noch eine operative Behandlung mehr angezeigt ist. Sie verwiesen auf eine schmerztherapeutische Behandlung. Insofern daher der Beschwerdeführer geltend macht, er sei in psychiatrischer/psychologischer Behandlung bei Dr. Z \_\_\_\_\_, entspricht dies abermals den Einschätzungen der Ärzte. Nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer auch daraus, dass er sich auf die Berichte von Prof. Dr. O \_\_\_\_\_ beruft. Diese enthalten keine Hinweise auf einen möglicherweise nicht berücksichtigten Gesundheitsschaden. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich richtig dargelegt hat, kann diesen ferner keinesfalls eine Arbeitsunfähigkeitseinschätzung entnommen werden. Seine Berichte enthalten ferner ebenfalls Hinweise auf eine Symptomausweitung. Nicht stichhaltig ist auch der Einwand des Beschwerdeführers in Bezug auf die fehlende Objektivität der Klinik B \_\_\_\_\_ und deren Bericht. In Anbetracht der konkreten Umstände besteht kein Anlass zur Annahme von Befangenheit oder Voreingenommenheit. Der Beschwerdeführer bringt sodann keine gesetzlichen Ausstandsgründe im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG vor. Abgesehen davon haften Ausstandsgründe nicht einer ganzen Institution oder Behörde an (vgl. BGE 97 I 862 E. 4; Merkli/Aeschlimann/Herzog, Kommentar zum Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege des Kantons Bern (VRPG), Bern 1997,

N 7 zu Art. 9). Das Misstrauen hinsichtlich der Unvoreingenommenheit muss objektiv begründet erscheinen (BGE 120 V 365 E. 3a in fine, 118 Ia 286 E. 3d, 117 Ia 326, 184 E. 3b), was vorliegend nicht zutrifft.

Dr. S \_\_\_\_\_ schildert schliesslich die Beschwerden seines Patienten gemäss dessen Angaben und der Beschreibung durch die Angehörigen, was angesichts seiner Stellung als behandelnder Arzt und Hausarzt, auch verständlich ist. Bei der Würdigung der von Hausärzten oder behandelnden Ärzten vertretenen Standpunkte ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sie aufgrund ihrer besonderen Stellung zu ihren Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu deren Gunsten 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).

**4.4** Für das erkennende Gericht ergibt sich aus den im Dossier zahlreich vorhandenen Berichten behandelnder Ärzte und stationär im Spital bzw. in der Klinik beurteilender Spezialärzte ein klares und widerspruchsfreies Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Zumutbarkeitsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die behandelnden Ärzte wiesen darauf hin, dass die vom Versicherten beklagten Schmerzen sich nicht oder nur sehr bedingt durch entsprechende somatische Korrelate erklären liessen. Dies zeigten sowohl frühere Untersuchungsbefunde als auch die aktuelle Teilbegutachtung. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei weiterhin gegeben und das Zustandsbild unverändert chronifiziert. Ebenso seien unverändert Verdeutlichung und Aggravation sowie eine Symptomausweitung festzustellen. Es liegt aber regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193) ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken, schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (Bundesgerichtsurteil 8C\_367/2016 vom 2. August

2016 E. 3). Die Vorinstanz ging mithin zu Recht von einer Aggravation als Ausschlussgrund (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288) aus und führte zu Recht hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kein strukturiertes Beweisverfahren durch, um die funktionellen Auswirkungen der Störung abzuschätzen. An diesem Ergebnis ist nach dem Gesagten festzuhalten.

**4.5** Der Beschwerdeführer verlangt eine erneute Fachexpertise. Zum Anspruch auf rechtliches Gehör gehört das Recht des Betroffenen auf Abnahme der rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel (BGE 134 I 140 E. 5.3). 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).

Das Gericht hat sämtliche Akten der Beschwerdegegnerin 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 einer erneuten Expertise keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind. Demzufolge wird der entsprechende Beweismittelantrag in antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen. In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b). 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 Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten.

## **5.**

Der Beschwerdeführer beantragt weiter die Gewährung von beruflichen Massnahmen. Die Invalidenversicherung hat in ihrer Verfügung vom 19. August 2020 zu Recht ausgeführt, dass ein Anspruch auf Berufsberatung oder Umschulung besteht, wenn der dauernde invaliditätsbedingte Minderverdienst bei zumutbarer Tätigkeit mindestens 20% beträgt. Dies ist in casu nicht der Fall. Da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers 100% in einer angepassten Tätigkeit beträgt und weder besondere Einschränkungen bestehen noch eine derartige Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht in ausreichen-

dem Masse vorhanden wäre, fällt auch die Arbeitsvermittlung nicht in den Zuständigkeitsbereich der Invalidenversicherung. Dafür ist gegebenenfalls das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum RAV zuständig.

**6.**

Nach dem Gesagten erweisen sich die Verfügungen der IV-Stelle vom 19. August 2020 und vom 10. November 2020 in allen Teilen als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**7.**

**7.1** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat einzig der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dadurch wird klargestellt, dass dem Beschwerdegegner - d.h. dem Versicherungsträger - kein Parteientschädigungsanspruch zusteht.

**7.2** Gemäss Art. 61 lit. a aATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Verfahren vor dem Kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf CHF 500 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Da der Beschwerdeführer sowohl im Verfahren S1 20 192 als auch in demjenigen von S1 20 297 einen Kostenvorschuss von je CHF 500 geleistet hat, werden ihm CHF 500 zurückerstattet.

**Das Kantonsgericht erkennt**

1. Die Beschwerden in den Angelegenheiten S1 20 192 und S1 20 297 werden abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 500 werden X \_\_\_\_\_ auferlegt. Ihm wird ein Kostenvorschussanteil von CHF 500 zurückerstattet.
3. Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 28. Juni 2021