

S1 25 163

URTEIL VOM 31. MÄRZ 2026

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder,
Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Nicolas Kuonen, Visp

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin

weiter verfahrensbeteiligt:

PENSIONS KASSE DER LONZA, betroffener Dritter

(Resterwerbsfähigkeit)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. August 2025

Verfahren

A. Der xxxx geborene Beschwerdeführer meldete sich im September 2018 unter Hinweis auf eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Beschwerdegegnerin S. 4 ff.). Mit Verfügung vom 15. Oktober 2020 sprach diese ihm eine bis Ende März 2020 befristete Rente zu (S. 390 ff.).

B. Mit Neuanmeldung vom 30. Mai 2022 machte der Versicherte einen neuen Leistungsanspruch geltend. Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische und berufsberaterische Abklärungen. Sie gewährte Integrationsmassnahmen und gab ein interdisziplinäres (rheumatologisch und psychiatrisch) Gutachten in Auftrag, welches im Xx.xxxx erstellt wurde. Nachdem die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (fortan: RAD) unterbreitet worden waren, kam die beratende Ärztin am 28. April 2025 zum Schluss, der Versicherte sei ab xx.xxxx in einer angepassten Tätigkeit zu 80% erwerbsfähig. Gestützt darauf lehnte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 19. August 2025 den Leistungsanspruch ab.

C. Am 22. September 2025 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 19. August 2025 Beschwerde an die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts und beantragte in materieller Hinsicht die Aufhebung der Verfügung sowie die Zusprache einer vollen Rente ab xx.xxxx¹. Subsidiär sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Er machte insbesondere geltend, es beständen berechnete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des RAD. Im Übrigen sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden und das externe Gutachten weise innere Widersprüche auf. Schliesslich stehe die medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu derjenigen während der beruflichen Abklärung.

Mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest, wobei die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des RAD vom 17. Dezember 2025 zu den Akten reichte. Dazu nahm der Beschwerdeführer mit Tripplik vom 17. Februar 2026 Stellung. In der Quadruplik hielt die Beschwerdegegnerin am 10. März 2026 an ihrer Verfügung fest.

Die beigeladene Pensionskasse verzichtete auf eine Vernehmlassung.

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

Erwägungen

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 (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen 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. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 19. August 2025 zu Recht einen Leistungsanspruch verneint hat.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der 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; AHl 2001 S. 113 E. 3a).

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). 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 zu Gunsten 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 infrage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte 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).

3.3 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).

4.

4.1 Gemäss den medizinischen Akten leidet der Versicherte seit 2019 an einem chronischen Schmerzsyndrom.

Im Rahmen eines interdisziplinären Schmerz-Assessments vom März 2022 gelangten die Ärzte des Spitalzentrums Oberwallis zum Schluss, dass beim Versicherten eine Schmerzerkrankung mit somatischen Faktoren (beginnendes Chronic Widespread Schmerzsyndrom [fortan: CWPS] differenzialdiagnostisch [fortan: DD] Fibromyalgie) und psychischen Faktoren (Anpassungsstörung F43.22, Angst und depressive Reaktion, gemischt) vorliege. Sie erachteten daher die Teilnahme an einer multimodalen stationären Schmerzgruppe als ehesten indiziert, zumal eine wesentliche Ursache der geklagten Beschwerden aus dem orthopädischen Bereich nicht habe festgestellt werden können (S. 525 und 527). Nach dem stationären Aufenthalt im Spitalzentrum Oberwallis bestätigte A _____, Fachärztin für Schmerztherapie, am 12. April 2022 die bis anhin gestellten Diagnosen (S. 469 ff.). Eine ausführliche Labordiagnostik hinsichtlich rheumatoider Erkrankungen, Vaskulitiden, Kollagenosen oder anderer Autoimmunerkrankungen sei völlig im Normbereich gewesen. Der Versicherte habe eine deutliche Verbesserung der Schmerzproblematik nach der zweiten Opiatrotation auf Hydromorphon (Palladon) angegeben (S. 523). Gleichwohl schrieb sie den Patienten bis zum 18. April 2022 zu 100% arbeitsunfähig.

Der Werksarzt rapportierte am 23. Mai 2022, der Versicherte sei schnell erschöpft bzw. ermüdbar und könne sich nicht konzentrieren. Aus somatischer Sicht fänden sich keine motorischen Störungen, jedoch sei die Greif- und Haltefähigkeit durch eine erhebliche Schwellung der Fingergelenke beeinträchtigt. Die Schmerzergebnisse seien verbunden mit körperlichen Symptomen wie Müdigkeit, psychischen Beeinträchtigungen und Schlafstörungen. Er bestätigte die Diagnosen der Fachärztin und ergänzte, das CWPS werde gern mit dem Fibromyalgiesyndrom assoziiert. Der Versicherte sei seit Juni 2022 zu 50% arbeitsunfähig (S. 466 ff.).

Die Ärzte der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie der Inselgruppe diagnostizierten am 19. September 2022 u.a. ein polymyalgisch anmutendes

Beschwerdebild mit diffusen tendinomyopathischen Beschwerden, DD im Rahmen eines CWPS bzw. eines CWPS DD Fibromyalgie (S. 563 ff.). Nach weiteren Behandlungen kamen sie zum Schluss, die Ursache der Gelenk- wie auch der Weichteil-/Muskelschmerzen bleibe ein Rätsel. Hinweise auf eine rheumatische Grunderkrankung habe man nicht gefunden, weshalb man von einer chronischen Polyarthralgie bzw. DD eines CWPS ausgehe (S. 607, 615 f.).

Am 23. November 2022 konsultierte der Versicherte das Schmerzzentrum des Inselspitals. Im Rahmen der interdisziplinären Sprechstunde und des DN-4 Screenings für neuropathische Schmerzen sah die fallführende Neurologin und Oberärztin für Psychosomatische Medizin die neuropathisch anmutende Komponente vor allem im Rahmen des CWPS unklarer Ätiologie (634 ff.). Nach einem stationären Aufenthalt diagnostizierten die Ärzte der Universitätsklinik für Neurologie der Inselgruppe u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei Polyarthralgien unklarer Ätiologie (S. 655 ff., S. 680 ff.). Hierfür spreche, dass sich klinisch über die somatischen Schmerzkorrelate hinausgehende klare Hinweise auf eine generalisierte Schmerzverarbeitungsstörung fänden. Darüber hinaus bestehe der Verdacht auf ein leichtes bis mittelschweres Schlafapnoesyndrom. Aus psychiatrischer Sicht liege eine Anpassungsstörung vor. Sie empfahlen die Weiterführung der physio- und psychotherapeutischen Behandlung und die Weiterbetreuung durch die Pneumologie.

In der Folge gab der RAD ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag. Im psychiatrischen Teilgutachten vom Xx.xxxx diagnostizierte der Facharzt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen ICD-10 F45.4 sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom ICD-10 F32.0/1 (S. 739 ff.). Auf dieser Grundlage ging er von einer Arbeitsfähigkeit von 80% in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Hinsichtlich der Standardindikatoren hielt er fest, dass die Angaben des Versicherten nicht stets konsistent gewesen seien (Ziffer 6.2 des Gutachtens, S. 753 f.). So habe er während der Untersuchung eine ausgeprägte Schmerzintensität geltend gemacht, während Mimik und Gestik nur punktuell auf Schmerzen hingedeutet hätten. Des Weiteren habe er berichtet, er sei aufgrund der Schmerzen nicht mehr in der Lage, seine früheren sportlichen Tätigkeiten, insbesondere das Schwimmen, auszuüben; im Rahmen der Beschreibung seines Tagesablaufs habe er indes angegeben, einmal pro Woche schwimmen zu gehen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich ein Leidensdruck als ausgewiesen feststellen. Von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen könne nicht ausgegangen werden; der Versicherte befinde sich in

psychiatrischer (psychotherapeutischer) Behandlung. Aktenmässig sei ausgewiesen, dass sich nicht sämtliche Schmerzen hinreichend durch körperliche Störungen erklären liessen. Man könne anamnestisch Symptome wie eine oft gereizte und nachdenkliche Stimmung, verminderte Energie, schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen, Zukunftsängste, sozialer Rückzug, verminderte Konzentrationsfähigkeit und vermindertes Selbstvertrauen eruieren (Ziffer 6.3 des Gutachtens, S. 755). Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In sozialer Hinsicht könne der Versicherte lediglich als knapp gut integriert beurteilt werden, zumal er dazu neige, sich zurückzuziehen. Gleichzeitig berichte er über einen Tagesablauf, aus dem hervorgehe, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten bewältigen könne, auch wenn er die Haushaltsarbeiten nicht allein erledige. Der Versicherte sei auch im Garten tätig, spaziere mehrmals pro Tag mit dem Hund und gehe einmal pro Woche schwimmen und in die Sauna. Aufgrund der gutachterlichen Untersuchung liessen sich keine schwerwiegenden Psychopathologien erkennen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprächen. Man erkenne auch Ressourcen, wobei diesbezüglich insbesondere das vielseitige Interesse zu nennen sei (Ziffer 7.2 des Gutachtens, S. 756). Die psychosoziale Funktionsfähigkeit sei innerfamiliär als weitgehend intakt zu beurteilen. Bezüglich der Standardindikatoren habe man in der Kategorie funktioneller Schweregrad/Gesundheitsschädigung bis anhin keinen relevanten Behandlungserfolg bezüglich der Schmerzen erreicht. Schwerwiegende Komorbiditäten seien indes nicht nachweisbar. In der Kategorie Persönlichkeit habe man keine gravierenden Psychopathologien erkennen können, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprächen. Bezüglich der Kategorie Konsistenz sei zu erwähnen, dass sich eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nachweisen lasse. Es könne auch ein Leidensdruck auf Basis der Behandlungsanamnese festgestellt werden. Ausschlaggebende Beeinträchtigungen bei den Standardindikatoren seien insgesamt nicht nachgewiesen. Das Fähigkeitsniveau sei insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu betrachten.

Im rheumatologischen Teilgutachten stellte der betreffende Experte fest, trotz Abklärungen habe man keine rheumatologischen Ursachen für die Beschwerden, insbesondere kein chronisches entzündliches Krankheitsbild, gefunden. Die Beschwerden seien im Rahmen von polydisziplinären Beurteilungen im Inselspital schliesslich als chronische Schmerzstörung beurteilt worden (Ziffer 6.1 des Gutachtens, S. 777). Der Versicherte habe dargelegt, dass Arbeitsversuche an einem Schonarbeitsplatz wegen verstärkter

Schmerzen fehlgeschlagen seien (Ziffer 3.2 des Gutachtens, S. 773). Anlässlich der Abklärung habe der Versicherte seine Beschwerden konsistent zur Aktenlage geschildert. Ein rheumatologisches Krankheitsbild, das das Ganzkörpersyndrom erklärt, bestehe nicht. Es lägen passend zur Diagnose einer Schmerzstörung typische Befunde eines organisch nicht erklärbaren Schmerzsyndroms vor (Ziffer 6.2 des Gutachtens, S. 777). Es bestünden jedoch keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ein Fibromyalgiesyndrom werde aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nicht diagnostiziert, da weder die ACR-Kriterien 1990 (zusätzlich schmerzhafte Kontrollpunkte) noch die ACR-Kriterien 2010 erfüllt seien. Gemäss diesen Kriterien solle die Diagnose einer Fibromyalgie nicht gestellt werden, wenn ein anderes Krankheitsbild die Schmerzproblematik erkläre, was aufgrund der in der Aktenlage aufgeführten psychiatrischen Diagnose der Fall sei und auch in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung bestätigt werde (Ziffer 6.3 S. 778). Aus rein rheumatologischer Sicht fänden sich ausser der Differenzialdiagnose einer Fibromyalgie keine relevanten anders lautenden Beurteilungen in der Aktenlage. Die beschriebene Therapieresistenz auf die durchgeführten Behandlungen, die gegen somatisch erklärbare Schmerzen gerichtet seien, passe aus rheumatologischer Sicht gut zur fachspezifischen Beurteilung eines im Vordergrund stehenden, somatisch nicht erklärbaren Schmerzsyndroms. Als Ressource müsse die weiterhin bestehende Motivation des Exploranden genannt werden, seine körperliche Belastbarkeit wieder zu steigern.

In der Konsensbeurteilung vom 13. Januar 2024 kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich aus rein rheumatologischer Sicht keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen lasse. Daher könne die gemeinsame Konsensbeurteilung des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden (S. 761 ff.).

Die im Januar und Februar 2024 angefertigten MRT-Aufnahmen zeigten gemäss den Orthopäden einerseits altersentsprechende Abnutzungen der Bandscheiben und Facetengelenke ohne Spinalkanal- oder Foramenstenose bzw. entzündliche Veränderungen (S. 904), andererseits beginnende degenerative Meniskopathien sowie moderate chondromalazische Veränderungen beider Kniegelenke (S. 900). Der Facharzt hielt einen operativen Eingriff für nicht geboten.

Am 12. Juni 2024 attestierte die behandelnde Fachärztin für Schmerztherapie eine Arbeitsfähigkeit von 50% (S. 821), woraufhin der Versicherte die berufliche Abklärung im Atelier Manus startete und nach zahlreichen krankheitsbedingten Unterbrüchen am 17. Januar 2025 beendete (952 ff.). Die Fachärztin hielt am 17. März 2025 fest, gemäss MRT-Bild herrschten Cephalgien und Zervikobrachialgien vor, welche auf degenerative

HWS-Veränderungen mit osteodiskoligamentär bedingter foraminaler Neurokompression C4–C7 zurückzuführen seien (S. 930 ff.). Es bestehe eine 30-50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (wechselnde Positionen, kein Heben von Lasten über 10 kg) mit 50%iger Leistung. Im ersten Arbeitsmarkt sei der Patient nicht arbeitsfähig. Diagnostisch schloss sie auf eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Am 28. April 2025 führte die RAD-Ärztin aus, insgesamt habe sich aus somatischer und psychiatrischer Perspektive keine Änderung ergeben. An der bisherigen Einschätzung werde festgehalten (S. 933).

Mit Bericht vom 26. Mai 2025 wies die Fachärztin für Schmerztherapie erneut auf die bestehenden HWS-Änderungen hin und ergänzte, sie würde nochmals eine neurologische Abklärung machen lassen, um zu klären, ob die Kopfschmerzen und die wandernden Beschwerden des Patienten auf eine Form von Clusterkopfschmerzen oder auf eine Folge einer Long-Covid-Infektion zurückzuführen sein könnten. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Auf dem zweiten Arbeitsmarkt sei, mit entsprechenden Pausen, eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von ca. 40-50% denkbar (S. 965).

Die RAD-Ärztin folgerte dazu am 9. Juli 2025, die genannten Beschwerden im HWS- und Kopfbereich seien der im Gutachten gestellten Diagnose zuzuordnen. Es lägen altersbedingt degenerative Veränderungen vor, welche auch zu Wurzelreizungen führen könnten. Hinsichtlich einer Long-Covid-Problematik sei der Versicherte nicht eingeschränkt gewesen. Ausserdem sei die Schmerzsymptomatik bereits vor der Coronainfektion genannt worden. Clusterkopfschmerzen hätten eine recht typische Klinik und einen gewaltigen Leidensdruck. Beides komme in den Unterlagen nicht vor. Insgesamt werde an der bisherigen Einschätzung festgehalten (S. 988). In ihrer Schlussfolgerung vom 17. Dezember 2025 schrieb sie weiter, es habe sich ein bleibender Ganzkörperschmerz entwickelt, der therapieresistent sei. Zusätzlich sei eine Lichtsensibilität aufgetreten, was im Rahmen der chronischen Schmerzen zu sehen sei. Hinsichtlich der Tagesmüdigkeit sei eine Behandlungsindikation gegeben. Weder die Müdigkeit noch die Einschränkungen der Konzentration seien im vorliegenden Fall Symptome einer Fibromyalgie. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung sei im psychiatrischen Gutachten gestellt worden. Der Versicherte sei auch neurologisch im Insepsital abgeklärt worden, wobei eine Neuropathie verneint worden sei. Insgesamt könne kein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert werden (Beilage der Duplik).

Aufgrund der Einwände des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers betreffend medizinische Aspekte nahm die RAD-Ärztin am 9. März 2026 abermals Stellung, wobei sie an ihren früheren Schlussfolgerungen festhielt.

4.2

4.2.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts sowie der Arbeits- bzw. Resterwerbsfähigkeit des Versicherten ist vorab das bidisziplinäre Gutachten heranzuziehen. Nach den Feststellungen der RAD-Ärztin ist das Gutachten umfassend und nachvollziehbar (S. 787). Insgesamt sind sich die behandelnden Ärzte darin einig, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit zufolge eines generalisierten Schmerzsyndroms nicht mehr arbeitsfähig ist. Demgegenüber kommen die RAD-Ärztin und die Gutachter zum Schluss, in einer leidensangepassten Tätigkeit liege eine Resterwerbsfähigkeit von 80% vor, während die behandelnde Fachärztin für Schmerztherapie in ihrem letzten Bericht vom Mai 2025 eine Arbeitsfähigkeit von 40-50% für denkbar erachtet.

4.2.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die Berichte der behandelnden Fachärztin nicht geeignet, die Verlässlichkeit des bidisziplinären Gutachtens in Frage zu stellen. So geht sie einmal nicht von grundlegend abweichenden Befunden oder Symptomen aus, als sie im Gutachten berücksichtigt wurden. Auch ihrem Hinweis auf die Notwendigkeit einer weiteren neurologischen Abklärung kann nicht gefolgt werden, da der Versicherte seit Beginn seiner chronischen Schmerzerkrankung mehrfach interdisziplinär, sowohl ambulant als auch stationär, untersucht wurde. Hierbei erfolgte unter anderem eine Beurteilung am Neurozentrum der Inselgruppe. Sowohl aus neurologischer als auch aus rheumatologischer Sicht wurden die Beschwerden in diesen polydisziplinären Beurteilungen als chronische Schmerzstörungen diagnostiziert. Hinsichtlich der Cephalgien und Zervikobrachialgien stellte der orthopädische Facharzt fest, dass diese einer altersentsprechenden Abnutzung ohne entzündlichen Kern entsprechen, weshalb er eine operative Sanierung nicht indizierte. Das HWS-MRT vom 27. Januar 2025 zeigte mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit Neurokompressionen. Die RAD-Ärztin führte hierzu nachvollziehbar aus, dass die Beschwerden im HWS- und Kopfbereich der Diagnose im Gutachten zuzuordnen seien, wobei auch Wurzelreizungen möglich seien.

Wenn der Beschwerdeführer und die behandelnde Fachärztin weiter vorbringen, es sei fälschlicherweise keine Fibromyalgie festgehalten worden, kann ihnen auch darin nicht gefolgt werden. In sämtlichen Arztberichten wird die Fibromyalgie differenzialdiagnostisch erfasst, wobei der zuständige Gutachter explizit erläuterte, warum sie im vorliegenden Fall nicht als Hauptdiagnose festgehalten werden konnte. Üblicherweise wird die

Fibromyalgie keiner eigenständigen medizinischen Fachdisziplin im rechtlichen Sinn zugeordnet. Vielmehr wird sie als pathogenetisch-ätiologisch unklares, syndromales Beschwerdebild qualifiziert, das rechtlich gemeinsam mit somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Krankheitsbildern zu würdigen ist. Diese Einordnung entspricht der gefestigten Rechtsprechung, wie sie namentlich im Leitentscheid BGE 132 V 65 zum Ausdruck kommt. Nach ständiger Rechtsprechung verlangt das Bundesgericht seit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 die Anwendung eines strukturierten Beweis- bzw. Indikatorenverfahrens bei Beschwerdebildern wie der Fibromyalgie. Dieses Verfahren bezweckt die rechtskonforme und nachvollziehbare Erfassung der funktionellen Auswirkungen des Beschwerdebildes auf die Arbeitsfähigkeit und dient der Schaffung einer hinreichend objektivierten Entscheidungsgrundlage. Dabei steht nicht die Zuordnung der Erkrankung zu einer bestimmten medizinischen Fachdisziplin im Vordergrund, sondern die Würdigung aussagekräftiger ärztlicher Expertisen. Es kann im Einzelfall erforderlich sein, neben somatischen Abklärungen – etwa in den Fachrichtungen Rheumatologie oder Orthopädie – auch eine psychiatrische Begutachtung einzuholen, insbesondere wenn Hinweise auf psychische Komorbiditäten oder erhebliche funktionelle Einschränkungen bestehen. Daraus folgt, dass eine umfassende medizinische Beurteilung regelmässig interdisziplinär zu erfolgen hat. Diese Grundsätze wurden im vorliegenden Fall eingehalten. So oder anders ist nicht die Diagnose massgebend, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind (BGE 145 V 245 E. 5.5.2 mit Hinweis). Der Arzt darf daher auch nicht von der Schwere der Diagnose auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit schliessen, sondern er hat darzulegen, inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist oder nicht (vgl. dazu BGE 148 V 49). Die ständige Weiterentwicklung der Diagnosen bestätigt sodann, dass die diagnostische Einordnung einer Störung das objektiv bestehende Leistungsvermögen nicht allein festlegt. In diesem Sinne erweisen sich auch die von der behandelnden Schmerzärztin weiter vorgebrachten Differenzialdiagnosen als unbegründet.

Die behandelnde Fachärztin setzte sich in ihrem ergänzenden Bericht vom 26. Mai 2025 mit dem Gutachten und den Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin auseinander. Dass sie den Gesundheitszustand als behandelnde Ärztin anders würdigt, vermag das externe Administrativgutachten und die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin nicht in Zweifel zu ziehen. Bei der Beurteilung des Beweiswertes ärztlicher Berichte ist zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer vertrags- und vertrauensrechtlichen Beziehung zu ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten nicht dieselbe

unvoreingenommene und objektive Distanz aufweisen wie ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter externer Gutachter. Dieser Erfahrungstatsache ist Rechnung zu tragen.

Zwar mögen die Formulierungen der RAD-Ärztin hinsichtlich der sozialen Interaktionen des Beschwerdeführers und dessen Einnahme von Opioiden etwas unglücklich gewählt sein, doch beeinträchtigt dies nicht ihre Objektivität und Unbefangenheit. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass der Versicherte gegenüber dem Berichtersteller der beruflichen Abklärungsstätte selbst angab, aufgrund weiterhin starker Schmerzen Morphin-Tabletten einzunehmen, die ihm die Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit ermöglichten, auch wenn er gelegentlich die empfohlene Höchstdosis überschreite (S. 853; vgl. auch Bericht des Schmerzzentrums des Inselspitals vom 13. Januar 2023, S. 639).

Hinsichtlich der Müdigkeit und des Schlafapnoesyndroms hält der rheumatologische Gutachter fest (S. 774 S. 10 des Gutachtens), der Explorand habe ausgeführt, dass er sich nach dem morgendlichen Training hinsetze oder auf dem Sofa ein bis zwei Stunden schlafe. Im Übrigen ist unstrittig, dass die chronische Schmerzproblematik haupteinschränkend ist. In ihrem Bericht vom 26. Mai 2025 erwähnt die behandelnde Ärztin für Schmerztherapie Zervikocephalgien und Zervikobrachialgien Kopfschmerzen sowie «wandernde Beschwerden». Das Schlafapnoesyndrom spielte demgegenüber weder in ihrem Bericht noch im Abklärungsbericht des Atelier Manus eine Rolle, weshalb nicht nachvollziehbar ist, inwiefern sich dieses auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkte.

4.2.3 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 sowie das interdisziplinäre Gutachten vornahm. Dabei schätzten diese Fachleute den bestehenden medizinischen Sachverhalt anhand sämtlicher Akten schlüssig ein. Ihren Schlussfolgerungen kann mit Blick auf die entsprechenden Fachberichte zweifelsfrei gefolgt werden. Das gilt ebenso für ihre Ansicht, dass die in den Akten vorhandenen Berichte und Stellungnahmen eine eindeutige Beurteilung des Gesundheitszustandes zulassen und der medizinische Sachverhalt vollständig ermittelt ist. Die RAD-Ärztin ihrerseits beschränkte sich in ihrer Schlussfolgerung sodann nicht nur auf das Hauptleiden, sondern berücksichtigt sämtliche geklagten Beschwerden und eingetretenen Veränderungen. Die behandelnde Ärztin stützt sich demgegenüber in ihren Berichten mehrfach einzig auf die Darlegungen des Versicherten ab, ohne eine befundbezogene Einschätzung abzugeben. Insofern

vermögen die so geltend gemachten Veränderungen des Gesundheitszustandes keine zusätzliche Erwerbsunfähigkeit zu begründen.

Mit der IV-Stelle ist festzuhalten, dass das Gutachten vom Januar 2024 weder formale noch inhaltliche Mängel aufweist und dass es – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation einleuchtet, sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzt und in den Schlussfolgerungen überzeugend ist. Ebenso nimmt es eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Insgesamt entspricht das Gutachten den Anforderungen des Bundesgerichts an den Beweiswert von medizinischen Berichten, weshalb die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid zu Recht darauf abgestützt hat. Daran ändern die Einwände hinsichtlich des strukturierten Beweisverfahrens in der Beschwerde nichts. Im vorliegenden Fall wurde sowohl im psychiatrischen als auch im rheumatologischen Teilgutachten eine entsprechende Prüfung vorgenommen und Angaben zu den Standardindikatoren gemacht, weshalb der entsprechende Einwand unbegründet ist.

4.3 Der Beschwerdeführer verlangt neuerliche polydisziplinäre Abklärungen.

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 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 Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Der vom Beschwerdeführer gestellte Beweis-antrag ist demzufolge abzuweisen.

4.4

4.4.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, er sei mehrfach beruflich abgeklärt worden, zuletzt im Atelier Manus von Juni 2024 bis Januar 2025. Dem Abschlussbericht

zufolge sei seine physische Belastbarkeit als sehr niedrig einzustufen und eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt unmöglich.

4.4.2 Die RAD-Ärztin war über die berufliche Abklärung informiert. Zudem hatten die Gutachter Kenntnis von einem Arbeitsversuch an einem Schonarbeitsplatz, der aufgrund verstärkter Schmerzen erfolglos blieb (Ziffer 3.2 des Gutachtens, S. 773).

Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen ist rechtsprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die medizinischen Fachpersonen zu beantworten. Den Erkenntnissen von Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen bzw. Programmen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kommt nur beschränkte Aussagekraft zu; sie beruhen in der Regel nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies jedoch ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar.

4.4.3 Bei der Durchsicht des Berichts des Atelier Manus fällt auf, dass der Versicherte an den Präsenztagen durchaus leistungsfähig war. Der Berichtersteller hielt fest, dass der Versicherte seit Beginn der Massnahme ein unverändertes Arbeitspensum von 50% erbringe und am Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag jeweils fünf Stunden von 10:00 bis 16:00 Uhr arbeite, während der Mittwoch als freier Tag zur Erholung diene (S. 2 des Berichts, S. 877). Diese Ersteinschätzung wich von derjenigen der medizinischen Gutachter nicht erheblich ab, die eine Arbeitsfähigkeit von 80% für zumutbar erachteten. Hinsichtlich der Zielerreichung ergänzte der Berufsfachmann, der Versicherte fühle sich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, Pensum und Leistung zu steigern und schliesse Arbeitsversuche im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der permanent bestehenden Schmerzproblematik aus (S. 2 des Berichts, S. 877). Damit gab die Fachperson die subjektive Einschätzung des Betreuten wieder.

Im Abklärungsbericht wird weiter ausgeführt, der Versicherte sei von 112 Solltagen an 33 Tagen abwesend gewesen. Ein gesteigerter Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung der Tagesstruktur habe aufgrund «offenbar» bestehender starker Schmerzproblematik nicht

erfolgen können (S. 3 des Berichts, S. 878). Unstrittig zeige der Versicherte einen grossen Willen zur Arbeit. Anhand seiner Gebärden, seiner Bewegungen und seines schmerzverzerrten Gesichts erscheine es jedoch, als seien die Schmerzen den ganzen Tag über präsent (S. 3 des Berichts, S. 878). Der Versicherte interessiere sich für neue Aufgaben, zeige sich einsatzfreudig und pflichtbewusst, soweit es seine gesundheitliche Situation zulasse. Das Arbeitstempo sei langsam und es fehle an Kraft und Ausdauer. Vorschläge zur Steigerung von Leistung oder Arbeitspensum lehne er ab, da er sich derzeit zu schwach fühle und die Schmerzen eine Umsetzung bzw. auch schon einen Versuch verhinderten. Der Berichtersteller kam daher zum Schluss, dass aufgrund der gesundheitlichen Situation, die eine Verbesserung von Arbeitsleistung und Präsenz offensichtlich stark erschwere und ein gezieltes Aufbautraining derzeit verhindere, keine Verlängerung der Massnahme angezeigt sei (S. 4 des Berichts, S. 879). In den Gesprächen mit dem Versicherten werde zudem deutlich, dass er sich mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen nur schwer abfinden könne und wiederholt darauf hinweise, was er früher geleistet und wie intensiv er gearbeitet habe. Die Beobachter kamen zu der Auffassung, dass es wesentlich sei, die bestehende gesundheitliche Situation und die immer wieder geäusserten Schmerzen therapeutisch zu behandeln, da der Versicherte auch im geschützten Arbeitsbereich bei angepasster Tätigkeit nur geringe Leistung erbringe (S. 5 des Berichts, S. 880).

Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass im Rahmen der beruflichen Abklärung das von den Fachärzten diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom mit physischen und psychischen Anteilen im Vordergrund stand. Andere medizinische Befunde als die von den Fachärzten attestierten waren damit nicht massgeblich. Die berufliche Abklärung lieferte somit keine ausreichenden und stichhaltigen Anhaltspunkte, die medizinische Beurteilung als unzuverlässig oder offensichtlich unhaltbar erscheinen zu lassen. Eine offensichtliche Diskrepanz zwischen den Beurteilungen liegt nicht vor, weshalb der Berufsabklärungsbericht die medizinischen Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin und der Gutachter nicht ernsthaft in Zweifel zu ziehen vermag. Insgesamt gab der Versicherte während der beruflichen Abklärung im Wesentlichen seine eigenen Schmerzempfindungen wieder, welche sich an den medizinischen Akten orientieren; dies reicht jedoch nicht aus, um das medizinische Gutachten in Frage zu stellen.

4.5 Es ist nach dem Dargelegten nicht ersichtlich, inwiefern die nach Würdigung der Beweise ergangene vorinstanzliche Beurteilung, wonach der Versicherte gestützt auf die medizinischen Akten in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei, in

tatsächlicher Hinsicht offensichtlich unrichtig, unvollständig oder sonstwie bundesrechtswidrig sein soll. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren vor dem Kantonsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf Fr. 500.00 festgesetzt (Art. 13 Abs. 2 GTar). Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat einzig der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dadurch wird klargestellt, dass der Beschwerdegegnerin – d.h. dem Versicherungsträger – selbst bei Obsiegen kein Parteientschädigungsanspruch zusteht.

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 500.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Sitten, 31. März 2026