

S1 21 57

**URTEIL VOM 16. SEPTEMBER 2021**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

**in Sachen**

**X** \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch SYNA

**gegen**

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

(Resterwerbsfähigkeit)

Beschwerde gegen die Verfügungen vom 22. Januar 2021

## Sachverhalt und Verfahren

**A.** Beschwerdeführer meldete sich am 14. Januar 2020 aufgrund einer seit dem 25. Juli 2019 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit zum Bezug von IV-Leistungen an (Akten der Beschwerdegegnerin S. 12 ff.). Die IV-Stelle holte in der Folge die Akten des Unfallversicherers (S. 25 und S. 99 ff.) und den Arbeitgeberbericht (S. 26 ff.) ein, woraus sich ergab, dass sich der Beschwerdeführer im September 2017 eine erste Knieverletzung links und am 25. Juli 2019 eine zweite Knieverletzung rechts zugezogen hatte (S. 38). Am 9. September 2020 (41 ff.) wurden die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) unterbreitet. Die Fachärztin für allgemeine Medizin kam mit Bericht vom 17. September 2020 (S. 45 ff.) zum Schluss, es bestehe ab August 2019 grundsätzlich kein Grund für eine längere IV-relevante Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 46). Ausgeschlossen seien schwere, kniende/kauernde Arbeiten und längere Gehstrecken in unebenem Gelände sowie repetitives Treppensteigen, Tragen von Lasten oder das Arbeiten auf Leitern/Gerüsten. Verschiedene Einflüsse (Schlechtwetter, Feuchtigkeit, Kälte) würden einschränkend wirken. Sie empfahl eine vorwiegend sitzende Tätigkeit, mit kurzen Gehstrecken und ohne langes Stehen an Ort und Stelle (S. 47). Einschränkend würde die lateral und retropatellär betonte Gonarthrose wirken. Die aktuelle muskuläre Situation sei durch ein massives Schonverhalten und eine dysfunktionale Verarbeitung begründet. Hinsichtlich der Diagnose führte sie Folgendes auf:

«Kniebeschwerden re

- Valgische Beinachsen
- Lateral und retropatellär betonte Gonarthrose
- Direktanprall 8.9.17
  - o MRI 20.9.17: laterale und retropatelläre Gonarthrose CM 3 (gemäss KAZ auch Ruptur VKB)
  - o Dr. B \_\_\_\_\_ 29.1.18, keine OP-Indikation, Arbeitswiederaufnahme!
- Erneutes Knie Trauma 25.7.19 (Unfallmechanismus nicht klar)
  - o MRI 5.8.19: komplexer Riss AM, laterale und retropatelläre Gonarthrose (CM 4)
  - o 18.9.19 Arthroscopie: Teilresektion AM, Glättung Teilruptur VKB, CM 3 lateral und retropatellär >Glättung, Resektion Plica
  - o Beschwerdepersistenz 12/19
  - o Ab 7.2.20 Betreuung C \_\_\_\_\_: völlige muskuläre Dekonditionierung, groteskes Gangbild
  - o MRI 21.2.20: Überlastung laterales Kompartiment
  - o Versuch mit entlastendem Brace 5 Mon
  - o 19.6.20: Untersuchung geprägt durch Berührungssz/ Gegenspannen, massive muskuläre Verkürzungen/Dekonditionierungen>> keine OP sinnvoll, erst Muskulatur behandeln>> in 3 Mon Neubeurteilung» (S. 46).

**B.** Mit Vorentscheiden vom 5. Oktober 2020 zeigte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer die Leistungsabweisung hinsichtlich Umschulung (S. 50) und Invalidenrente (S. 55) an. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 2. November 2020 (S. 64) gestützt auf den

Bericht des behandelnden Hausarztes (S. 65) seine Einwände erheben. Letzterer schilderte, der Patient leide an ausgeprägten Schmerzen im Bereich des rechten Knies. Konsekutiv habe er auch Schmerzen im Bereich des Rückens mit Fehlhaltung und Gangstörung. Aufgrund der Schmerzen sei ein Arbeiten im Baugewerbe nicht mehr möglich. Der Behandlungserfolg sei unbefriedigend. Arbeitseinschränkend erweise sich auch ein schweres Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Therapie seit dem 18. Mai 2015. Nach Vorlage dieser Akten hielt die RAD-Ärztin mit Stellungnahme vom 17. Dezember 2020 (S. 68) an ihren früheren Schlussfolgerungen fest. Eine Dekonditionierung und Rückenschmerzen infolge Fehlbelastung seien kein Grund für eine längere Arbeitsunfähigkeit, wohl aber für eine entsprechende Rekonditionierungsbehandlung (Physio/MTT/Reha) zulasten des Krankenversicherers. Das Schlafapnoesyndrom sei bekannt und ohne relevante Auswirkungen gewesen.

Mit Verfügungen vom 22. Januar 2021 (S. 71 ff) wies die IV-Stelle den Renten- und Umschulungsanspruch ab. Der im Rahmen der Anhörung eingereichte Bericht des behandelnden Arztes ergebe keine neuen Erkenntnisse. Die medizinischen Akten hätten ergeben, dass der Versicherte seit August 2019, also bereits vor Ablauf der einjährigen Wartefrist, eine angepasste Tätigkeit mit funktionellen Einschränkungen hätte ganztags ausüben können. Im Rahmen der Einkommensberechnung resultiere ein Invaliditätsgrad von 14%. Dabei berücksichtigte die Beschwerdegegnerin einen Tabellenabzug von 10%.

**C.** Mit Beschwerde vom 24. Februar 2021 (Poststempel) an die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügungen mit der Begründung, es liege eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 14% vor, was mit entsprechendem Arztzeugnis belegt werden könne. Ergänzend legte er am 1. März 2021 dar, seine bisherige Tätigkeit sei aufgrund seiner Kniegelenkbeschwerden nicht mehr zumutbar. Dem beiliegenden Arztbericht vom 25. Februar 2021 lag die Bestätigung bei, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an ausgeprägten posttraumatischen Kniegelenkbeschwerden leide. Dabei liege ein Status nach Knieunfall rechts vom 25. Juli 2019 mit Arthroskopie vom 18. September 2019, komplexer Aussenmeniskusläsion mit Beteiligung der gesamten Zirkumferenz sowie Teilläsion des anterolateralen Kreuzbandbündes vor. Die persistierenden ausgeprägten Schmerzen sowie die deutlichen Einschränkungen im Bereich Flexion und Extension würden den Patienten an kniebelastenden Tätigkeiten hindern. Aufgrund der bestehenden Muskelatrophie erfolge eine intensive Physio- und MTT-Therapie. Er ersuche um eine kreisärztliche Untersuchung.

Im Rahmen ihrer Vernehmlassung hatte die Beschwerdegegnerin am 30. März 2021 ihren Verfügungen nichts mehr beizufügen und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

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 und zu prüfen ist, ob die Invalidenversicherung den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in genügender Weise abgeklärt und gestützt darauf die Restarbeitsfähigkeit korrekt ermittelt 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** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das eine erwerbstätige versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichsmethoden bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 592 E. 2.2, 129 V 222, 128 V 174; Bundesgerichtsurteil I 155/04 vom 26. Juli 2004 E. 4).

**3.3** 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 140 V 193 E. 3.2, 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 134 V 231 E. 5.1, 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gut-

achten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C\_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.3).

#### **4.**

**4.1** Der Beschwerdeführer macht geltend, sein behandelnder Hausarzt habe daraufhin gewiesen, dass seine Arbeitsunfähigkeit weit mehr als 14% betrage.

**4.2** Die Parteien und Ärzte stimmen darin überein, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. Insbesondere wegen der Krafteinbussse in den Beinen ist auch eine andere körperlich mittelschwere bis schwere sowie ausschliesslich stehende Arbeit nicht mehr möglich.

**4.3** Die IV-Stelle stützte sich bei ihrer Verfügung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die zusammenfassenden Schlussfolgerungen durch die RAD-Ärztin, die das gesamte Dossier gesichtet, eine ausführliche Anamnese erstellt, die geklagten Leiden sowie die aktuelle Situation berücksichtigt und gestützt darauf das Zumutbarkeitsprofil für die Arbeitsfähigkeit erstellt hatte. Dabei kam sie zum Schluss, der Versicherte habe ab August 2019 einer sitzenden, leichten Arbeit wieder nachgehen können. Nach Lage der Akten liegen gegenteilige Berichte nicht vor. Gemäss den Ärzten sind schwere und ausschliesslich stehende Arbeiten zu vermeiden. Demgegenüber spricht nichts gegen die Ansicht der RAD-Ärztin, dass eine leichte, vorzugsweise sitzende Arbeit ganztags zu 100% möglich ist. Diesen schlüssigen und übereinstimmenden Folgerungen schliesst sich das Gericht daher an. Grundsätzlich gilt im Übrigen, dass der Richter von einer während des administrativen Verfahrens eingeholten medizinischen Einschätzung, die aufgrund der gesamten Akten erfolgt und in ihrer Schlussfolgerung schlüssig ist sowie mit anderen Meinungsäusserungen übereinstimmt, nicht ohne triftigen Grund abweicht (BGE 125 V 351, 122 V 161 mit Hinweisen).

**4.4** Der Beschwerdeführer nimmt Bezug auf die Berichte des behandelnden Hausarztes vom 26. Oktober 2020 und 25. Februar 2021. Daraus lassen sich hinsichtlich der Resterwerbsfähigkeit keine gegenteiligen Schlüsse ziehen, zumal dessen Berichte keine Angaben dazu enthalten. Dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, ist unbestritten. Schliesslich bringt der behandelnde Arzt auch keine anderen Einschränkungen vor, als die von der RAD-Ärztin bereits berücksichtigten. Insofern diesbezüglich der Beschwerdeführer seine Schlafstörungen vorbringt, geht aufgrund der Akten hervor, dass er in dieser Hinsicht mit technischen Hilfsmitteln versorgt wird und dadurch in einer angepassten Tätigkeit nicht zusätzlich eingeschränkt ist. Die Einwände des behandelnden Hausarztes vermögen die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin jedenfalls nicht zu entkräften. Diese liefert in ihren Berichten eine hinreichende Beweisgrundlage für die Beurteilung der Frage, ob und inwiefern dem Beschwerdeführer die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aus gesundheitlicher Sicht objektiv möglich und zumutbar ist. Die entsprechenden Beurteilungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind schlüssig und widerspruchsfrei. Es sind denn auch keinerlei Gründe ersichtlich, an der Richtigkeit dieser Erkenntnisse zu zweifeln. Die ausführlich begründeten Berichte haben somit nach Massgabe der oben erwähnten Rechtsprechung volle Beweiskraft.

In Bezug auf die Darlegungen von A \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Manuelle Medizin, ist ferner festzuhalten, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte aufgrund ihrer besonderen Stellung zum Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Sie haben vorweg selten Gründe, die Angaben ihrer Patienten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. In der Regel vertrauen sie ihren Patienten, was im Auftragsverhältnis auch erwünscht ist, jedoch ihre Objektivität beeinträchtigt (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 353 E. 3a/cc; EVG-Urteil I 419/03 vom 22. Oktober 2003). Die Regel ist daher, dass sie bei Expertisen bezüglich ihrer Patienten in den Ausstand treten (AHI 2003 S. 112 E. 3b/cc). Demgegenüber steht ein unbeteiligter Experte in einer anderen Position gegenüber dem Versicherten, was eine neutrale und objektive Schlussfolgerung ermöglicht.

**4.5** Schliesslich vermag die subjektive Einschätzung des Versicherten für sich alleine genommen die Einschätzung der 100%igen Resterwerbsfähigkeit durch den RAD nicht zu entkräften. Es ist Aufgabe der Ärzte, aus den diagnostizierten Leiden zu schliessen, welche Arbeiten der versicherten Person in welchem Umfang weiterhin zumutbar sind. Die Ärztin hat in ihren Schlussberichten, auf die die IV-Stelle sich hauptsächlich abstützt, umfangreich Stellung genommen. Sie zog die gesamten vorliegenden IV- und SUVA-

Akten bei, erstellte die Anamnese, berücksichtigte die geklagten Leiden sowie die aktuelle Situation und erstattete gestützt darauf Bericht. Die Leiden des Beschwerdeführers fallen in das Fachgebiet der beurteilenden Ärztin, die in Berücksichtigung sämtlicher Elemente zum Schluss kam, in einer angepassten Tätigkeit (leichte, sitzende Arbeiten) sei der Beschwerdeführer ab August 2019 ganztags arbeitsfähig. Diese Schlussfolgerung ist begründet, weshalb das Gericht darauf abstellt.

**4.6** Aus all diesen Gründen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die RAD-Berichte, welche sich inhaltlich mit den Berichten des behandelnden Hausarztes decken, abstellte und aufgrund der körperlichen Leiden des Beschwerdeführers die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zu 100%, mit einem zusätzlichen leidensbedingten Abzug von 10% auf den Tabellenlohn, seit August 2019 als zumutbar erachtete. Konkrete Einwände hinsichtlich der Ablehnung des Umschulungsanspruchs wurden keine erhoben, weshalb es damit sein Bewenden hat. Die Beschwerde erweist sich mithin als unbegründet und ist abzuweisen.

Der Vollständigkeit halber sei ergänzt, dass, soweit sich der Gesundheitszustand wieder verschlechtern sollte, der Beschwerdeführer gehalten ist, dies im Rahmen eines Revisionsverfahrens glaubhaft zu machen, da für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier 22. Januar 2021) massgebend sind (BGE 116 V 248 E. 1a mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sind Gegenstand einer neuen Verfügung (BGE 117 V 293 E. 4).

**5.** Gestützt auf den Grundsatz der freien Beweiswürdigung und weil der rechtserhebliche Sachverhalt aus den Akten in casu genügend klar hervorgeht, kann auf die Erhebung weiterer Beweismittel verzichtet werden. Insbesondere enthalten die Akten schlüssige RAD-Berichte, die den Anforderungen der Rechtsprechung genügen. Dem Antrag auf weitere medizinische Abklärungen wird demzufolge nicht entsprochen (BGE 145 V 167 E. 4.1).

**6.**

**6.1** Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Parteientschädigungen geschuldet (Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2020, Art. 61 ATSG N. 218).

**6.2** Gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG 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 und mit dem am 29. März 2021 geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

### **Das Kantonsgericht erkennt**

1. Der Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens von CHF 500 gehen zu Lasten des Beschwerdeführers. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3. Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 16. September 2021