

S1 24 144

URTEIL VOM 1. SEPTEMBER 2025

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

in Sachen

A.____, bestehend aus:

1. **B.**____
2. **C.**____

beide vertreten durch Rechtsanwältin Graziella Walker Salzman, Naters, Beschwerdeführer

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Sitten, Beschwerdegegnerin

(Resterwerbsfähigkeit, externes Administrativgutachten)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. August 2024

Verfahren

A.a Der 1972 geborene A.____ hatte sich aufgrund eines chronischen Lumbovertebralsyndroms im Dezember 2008 bei der Invalidenversicherung für Massnahmen zur beruflichen Eingliederung angemeldet. Nach erfolgter Umschulung zum AF hatte die IV-Stelle ihm mit Verfügung vom 26. Februar 2018 mitgeteilt, er sei in einer angepassten Arbeit rentenausschliessend eingegliedert.

A.b Am 8. April 2022 erfolgte eine Neuanmeldung. Aufgrund andauernder Schmerzen und einer daraus resultierenden psychischen Belastung sei es zu einem Zusammenbruch und zu einem stationären Aufenthalt im Psychiatriezentrum Oberwallis (fortan: PZO) gekommen. Dort seien die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) gestellt worden. Nachdem die Akten der RAD-Ärztin unterbreitet worden waren, trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. September 2022 auf das Leistungsgesuch nicht ein. Mit Urteil vom 14. Juni 2023 (S1 22 178) hob das Kantonsgericht diese Verfügung auf und wies die Angelegenheit zur materiellen Beurteilung an die IV-Stelle zurück.

Das daraufhin von der AG.____ erstellte interdisziplinäre Gutachten erging am 2. März 2024. Nach eingeholter RAD-Stellungnahme wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. August 2024 den Leistungsanspruch gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 9% mit der Begründung ab, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass es dem Versicherten seit 2008 und auch weiterhin zumutbar sei, die Tätigkeit als Fachmann Betreuung sowie andere angepasste Tätigkeiten zu 100% auszuüben.

B.a Gegen diese Verfügung liess A.____ am 16. September 2024 Beschwerde erheben und beantragte primär deren Aufhebung; subsidiär die Rückweisung zur Vornahme ergänzender Abklärungen. Die Beschwerdegegnerin liess sich am 3. Dezember 2024 vernehmen und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit Schreiben vom 18. und 26. Februar 2025 wurden weitere ärztliche Berichte und Unterlagen hinterlegt.

B.b A.____ verstarb am tt.mm.jjjj. Er hinterliess als Erben AH B.____ und C.____. Diese erklärten mit Eingabe vom 14. Juli 2025, das Beschwerdeverfahren fortsetzen zu wollen,

verzichteten aber, ein Begehren um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes zu stellen.

Auf die weiteren Vorbringen und auf die während des Verfahrens hinterlegten Akten wird, soweit entscheidungswesentlich, 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 es somit 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. Da die Erben im Prozess gemeinsam aktiv- oder passivlegitimiert sind (vgl. BGE 93 II 14 E. 2 b), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG und Art 61 lit. b ATSG).

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. August 2024 zu Recht einen Leistungsanspruch verneint hat.

3.

3.1 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; AHI 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 in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeutenkräfte 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).

3.2 Ob psychische Einschränkungen oder somatoforme Schmerzstörungen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, welche auch rechtlich bedeutsam ist, ist grundsätzlich auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 zu beurteilen.

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 Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das externe Gutachten sowie auf die Berichte ihrer RAD-Ärztin. Die Vorinstanz legte dazu dar, das interdisziplinäre Gutachten stütze sich auf allseitige Untersuchungen ab, berücksichtige alle geklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die von den Beschwerdeführern hinterlegten Berichte der behandelnden Ärzte seien wenig geeignet, das Gutachten und dessen Beweiswert in Frage zu stellen. Eine quantitative sensorische Testung (QST) könne lediglich eine Diagnose bestätigen. Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit sei indes nicht an die Bestätigung einer Diagnose, sondern an die konkreten klinischen Befunde gebunden. Der neurologische Gutachter habe ausserdem dargelegt, dass das Resultat der Hautbiopsie keinerlei Rückschlüsse auf allfällige Beschwerden oder funktionelle Einschränkungen zulasse. Der Sachverhalt sei in medizinischer Hinsicht genügend abgeklärt worden.

Im Rahmen der Beschwerdeantwort ergänzte sie, massgebend sei in erster Linie, ob der Bericht inhaltlich vollständig sei. Im Übrigen sei bei interdisziplinären Gutachten zu berücksichtigen, dass der Teil des fallführenden Internisten dazu diene, die allgemeinen Untersuchungen zu Handen aller Fachgutachter abzudecken. Es sei auch nicht Aufgabe des RAD, ein für überzeugend und beweiswürdig erachtetes Gutachten in all seine Einzelheiten auseinanderzunehmen. Den hinterlegten Berichten der behandelnden Ärzte sei gemein, dass sie keinerlei neue medizinische Erkenntnisse ergeben würden und nicht geeignet seien, den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens anzuzweifeln. Es sei Aufgabe der Gutachter, bestehende Widersprüche aufzuzeigen. Es stehe demgegenüber den Ärzten nicht zu, sich hinsichtlich versicherungsrechtlicher Fragen zu äussern. Die Gutachter hätten sich zum funktionellen Schweregrad der Gesundheitsschädigung geäussert, sämtliche Komorbiditäten berücksichtigt, die Persönlichkeit und die persönlichen Ressourcen sowie den sozialen Kontext in Betracht gezogen und unter dem Titel der Konsistenzprüfung den Leidensdruck und die Gleichmässigkeit der Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen geprüft. Angesichts der festgestellten klaren Widersprüche und Inkonsistenzen sei in einer angepassten Verweisungstätigkeit keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit anerkannt worden.

4.2 Die Beschwerdeführer bringen demgegenüber vor, das interdisziplinäre Gutachten entbehre aufgrund der kurzen Begutachtungsdauer einer genügenden medizinischen Grundlage und sei unvollständig. Der RAD habe die Schlussfolgerungen des Gutachtens

unkritisch übernommen, zusätzlich hinterlegte Berichte unberücksichtigt gelassen und seine Schlussfolgerungen nicht begründet. Die Beschwerdegegnerin habe die neuen ärztlichen Berichte dem RAD nicht zur Beurteilung vorgelegt und verkenne, dass sich die Situation verschlechtert habe. Auf den Einwand der seit Jahren falschen medizinischen Behandlung und deren Folgen werde nicht eingegangen. Im Einzelnen bemängelten sie hinsichtlich des interdisziplinären Gutachtens, dass der psychiatrische Sachverständige voreingenommen gewesen sei und er hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit den bisherigen Ärzten jegliche Qualifikation abspreche. Der Orthopäde habe, ohne eine entsprechende Befragung, Widersprüche festgehalten. Der Neurologe habe nicht begründet, weshalb er keine QST zum Nachweis einer Small-Fiber-Neuropathie durchgeführt habe. Die Beschwerdegegnerin habe diesbezüglich nicht die Testergebnisse abgewartet. Es sei auch kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden, womit die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Die Vorinstanz habe nach dem Zeitpunkt der Begutachtung keine weiteren medizinischen Akten berücksichtigt und weder der RAD noch die Gutachter hätten zum Bericht von Dr. D.____ vom 2. Juni 2024 Stellung genommen. Es sei auch unberücksichtigt geblieben, dass sich sein Zustand verschlechtert habe, was zu einer Einweisung in die Rehaklinik geführt habe. Die Gutachter kämen zum Schluss, es beständen massive Diskrepanzen der beklagten Beschwerden und der klinischen Befunde. Der Explo- rand sei jedoch darauf nie aufmerksam gemacht worden. Ausserdem sei dieser jahrelang nicht korrekt behandelt worden, weshalb der Vorwurf willkürlich sei. Schliesslich seien die Berichte der behandelnden Ärzte zu berücksichtigen, wobei Dr. E.____ in seinem Bericht vom 20. Juni 2024 klar die Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie gemäss der Hautnervenbiopsie stelle. Auch habe Dr. F.____ im Bericht vom 21. Juni 2024 zum Gutachten Stellung genommen und widerspreche den Schlussfolgerungen der Gutachter. Im Weiteren verwiesen die Beschwerdeführer auf eine Mailnachricht der Neurologin der Al.____ Klinik an den Hausarzt.

Replizierend führten sie aus, die Beschwerdegegnerin verkenne, dass sich ihre Kritik an den Schlussfolgerungen nicht nur auf die Untersuchungsdauer abstütze. Die im Anhörungsverfahren eingereichten Belege seien nach dem Gutachten erstellt worden und würden sich auch konkret zum Gutachten äussern. Dennoch seien sie nicht den Experten unterbreitet worden. Es sei Aufgabe des RAD und nicht des Juristen zu beurteilen, ob die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs erfüllt seien. Die behandelnden Ärzte hätten eine andere medizinische Beurteilung statt die Sachverständiger vorgenommen und Zweifel am Ergebnis des Gutachtens aufkommen lassen. Ihnen

jegliche Kompetenz abzusprechen, auch unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensverhältnisses, stelle keine willkürfreie Beweiswürdigung dar. Am 18. und 26. Februar 2025 wurden weitere ärztliche Berichte und Unterlagen hinterlegt.

4.3

4.3.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten ist vorab auf das interdisziplinäre Gutachten der AG.____ vom 2. März 2024 (S. 1486 ff.) hinzuweisen. Die Gutachter aus den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Neurologie diagnostizierten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit u.a. (1.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00), (2.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) – ein chronisches generalisiertes unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) und (3.) den Verdacht auf eine Small-Fiber-Neuropathie unklarer Ätiologie (ICD-10 662). Die beteiligte Ärzteschaft schlussfolgerte in ihrer Konsensbeurteilung, bei den Untersuchungen seien verschiedene Inkonsistenzen zwischen den einzelnen Untersuchungsschritten, vor allem bei der neurologischen Untersuchung, sowie den Beschwerdeangaben des Exploranden und den spontan beobachtbaren Bewegungsmöglichkeiten festgestellt worden. Eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten sei mit den medizinischen Befunden und auch den Schilderungen des Exploranden über die Alltagsaktivitäten nicht plausibel erklärbar. Bei verschiedenen Abklärungen sei eine Small-Fiber-Neuropathie festgestellt worden. Bei der neurologischen Untersuchung habe lediglich die Verdachtsdiagnose bestätigt werden können. Die klinische Symptomatik sei nicht typisch für diese Diagnose gewesen. Die Schmerzen könnten nicht so einschränkend, wie vom Exploranden dargestellt, bestätigt werden. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei daher aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht stehe ein generalisiertes unspezifisches Schmerzsyndrom im Vordergrund, welches aus orthopädischer Sicht die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung seien unauffällige Befunde erhoben worden. In psychiatrischer Hinsicht sei eine leichte depressive Symptomatik diagnostiziert worden. Aktuell sei der Explorand durch die depressive Symptomatik in seinem Alltag nicht eingeschränkt. Aufgrund der Schmerzschilderung und bei somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht schränke diese aber die Arbeitsfähigkeit nicht ein. In der Zumutbarkeitsbeurteilung führte die begutachtende Ärzteschaft aus, dass bei den Un-

tersuchungen in keinem Fachgebiet eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe festgestellt werden können. Die einzelnen Diagnosen und Befunde würden auch nicht derart kumulieren, dass gesamtmedizinisch eine Arbeitsunfähigkeit begründet würde. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei schwierig genau festzulegen. Bei der rezidivierenden depressiven Störung sei es möglich, dass bei höhergradiger depressiver Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit punktuell auftreten könne. Aufgrund der Akten und der anamnestischen Angaben sei aber nicht anzunehmen, dass im bisherigen Verlauf eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe.

In Bezug auf die einzelnen Teilgutachten wurden bei der allgemeininternistischen Untersuchung keine Inkonsistenzen festgestellt. Der Explorand habe auch keine allgemeininternistischen Einschränkungen angegeben. Sämtliche Laborwerte seien im Normbereich gewesen. Aktuell könne kein allgemeininternistisches Leiden diagnostiziert werden. Der Facharzt schlussfolgerte daher, die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten bewegte sich der Explorand völlig normal, zeigte keine psychomotorischen Auffälligkeiten oder Zeichen einer Schmerzwahrnehmung. Das Untersuchungsgespräch habe gut durchgeführt werden können. Das Aktivitätensniveau im beruflichen und privaten Bereich weiche auseinander. Der Explorand sei in seinem Leben nicht einfach inaktiv und versuche, eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten. Die in den Akten aufgeführte mittelgradige bis schwere depressive Episode könne aufgrund der heutigen Untersuchung nicht mehr hinreichend bestätigt werden, dagegen würden die objektive Befunderhebung und die genaue Exploration der täglichen Aktivitäten sprechen. Die Symptomatik könne bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren psychisch überlagert sein. Ein deutlicher Leidensdruck habe sich im psychiatrischen Untersuchungsgespräch nicht ergeben. Der Patient sei überzeugt, wegen seiner Schmerzen deutlich eingeschränkt zu sein, habe aber am Untersuchungstag keine Einschränkungen gezeigt. Die Symptomatik manifestiere sich bei einer vorbestehenden Rückenschmerzproblematik und möglichen lebensgeschichtlichen Belastungen, aber auch bei psychosozialen Faktoren. Aufgrund der Schmerzschilderung und bei somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden werde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert bzw. bestätigt. Aus psychiatrischer Sicht schränke diese und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, aber die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Aktuell könne mit Sicherheit von der eingeschätzten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Ab wann diese bestanden habe, könne nicht genau angegeben werden, da fachärztliche Befunde fehlten.

Auf orthopädischer Ebene konnte ein ebener Gang sowie ein regelrechter Zehengang objektiviert werden. Der Explorand habe beim Fersengang ein sofortiges Absinken gezeigt und dieses auf die gestörte Körperwahrnehmung zurückgeführt. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule und aller Extremitäten bestand gemäss dem Facharzt eine gute Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte. Der psychisch auffällig wirkende Explorand habe mit deutlicher Krankheitsüberzeugung berichtet. Die gesamte orthopädische Untersuchung habe bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden können. In guter Übereinstimmung mit den subjektiven Angaben hätten auf Ebene des Bewegungsapparates keine relevanten Veränderungen objektiviert werden können. Ergänzend legte der Orthopäde dar, der Versicherte wirke körperlich deutlich trainiert und weise klar vermehrte Beschwielungen der Hände und Füsse auf, was mit dem angegebenen sehr passiven Lebensstil nicht vereinbar sei. Der Explorand mache seitens des Bewegungsapparates keine klaren Beschwerden geltend. Für körperlich leichte und zumindest mittelschwere Verrichtungen könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden.

Anlässlich der Befragung durch den neurologischen Gutachter stellt dieser fest, dass der Versicherte genauere Angaben zur Einschränkung aufgrund der Kraft nicht machen können. Beim Versicherten zeige sich ein athletischer Körperbau mit gut ausgeprägter Muskulatur an allen Extremitäten und am Rumpf. Der Tonus sei normal gewesen. Es hätten keine Faszikulationen beobachtet werden können. Es fände sich am Handgelenk und am Sulcus ulnaris kein pathologisches Tinel-Zeichen. Bei der Prüfung der groben Kraft hätten sich eine wechselnde Innervation und ein ruckartiges Nachgeben an den oberen Extremitäten gegen mittelschweren bis schweren Widerstand, an den unteren Extremitäten gegen leichten Widerstand, insbesondere im Bereich der Fussheber, gezeigt. Der Fussspitzen- und der Fersengang seien anschliessend durchführbar gewesen. Eine funktionelle Einschränkung aufgrund von Paresen sei aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die Feinmotorik sei allseits stark verlangsamt, jedoch ohne Unterbrüche oder disharmonischen Bewegungsablauf. Bei der Prüfung der Feinmotorik mittels Nine-Hole-Peg-Test habe der Versicherte ein auffälliges Verhalten gezeigt (präziser Bewegungsablauf, jedoch bei stark verlangsamtem Arbeitstempo). Eine motorische Mitbeteiligung könne somit nicht festgestellt werden. Der Versicherte habe das Tempo zwischen dem ersten und zweiten Durchgang nicht steigern können bzw. dieses habe sogar abgenommen. Der fehlende Trainingseffekt weise auf eine eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft hin. Bei der Sensibilitätsstörung habe der Versicherte über generalisierte Missempfindungen berichtet. Trotzdem zeige sich weder bei der Koordination noch beim Stehen oder Gehen eine relevante Einschränkung. Im Bereich Motorik

und Sensibilität würden sich somit deutliche Hinweise auf ein demonstratives Verhalten präsentieren. Beim Versicherten würden von den behandelnden Ärzten leichtgradige Erhöhungen der Creatin-Kinase (fortan: CK) beschrieben. Offenbar seien diese erhöhten Werte bereits seit mehreren Jahren beobachtet worden. Angesichts der erheblichen Muskelmasse sei durchaus nachvollziehbar, dass bei entsprechender Beanspruchung die CK vorübergehend ansteige. Die Diagnosestellung einer Small-Fiber-Neuropathie sei ferner beim Versicherten aufgrund eines pathologischen Befundes in der Hautbiopsie erfolgt. Beim Versicherten liege aktuell keine typische Klinik vor und eine QST fehle. Der Facharzt stellte daher den Verdacht einer Small-Fiber-Neuropathie und ergänzte, dass selbst unter Annahme einer Small-Fiber-Neuropathie darauf hinzuweisen sei, dass das Resultat einer Hautbiopsie keinerlei Rückschlüsse auf allfällige Beschwerden oder funktionelle Einschränkungen zulasse. Der Neurologe nahm sodann zu den einzelnen, fachärztlichen Berichten aus neurologischer Sicht Stellung.

4.3.2 Im Auftrag der IV-Stelle erachtete der RAD das interdisziplinäre Gutachten als beweistauglich. Die RAD-Ärztin, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. April 2024 fest, es würden massive Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden sowie den klinischen Befunden einerseits und der beruflichen sowie nicht beruflichen Aktivität andererseits bestehen. Zudem werde von den Gutachtern ein ausgeprägt demonstratives Verhalten geschildert. Der Versicherte sei in einer wechselbelastenden Arbeitsposition ohne Heben von Gewichten über 15 kg, ohne Expositionen von Feuchtigkeit und Kälte, ohne schwere Arbeiten oder Zwangshaltungen und ohne Besteigen von Leitern/Gerüsten ganztags arbeitsfähig.

4.3.3 Die IV-Stelle ging demzufolge davon aus, dem Versicherten sei zuzumuten, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie eine andere angepasste Tätigkeit zu 100% auszuüben und die Restarbeitsfähigkeit in diesem Rahmen entsprechend zu verwerten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführer letztlich nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt, ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtung und Untersuchung 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. Solche Indizien bestehen vorliegend nicht. Mit der IV-Stelle ist festzuhalten, dass das Gutachten vom 2. März 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 aktuellen Arbeitsfähigkeit vor. Insgesamt entspricht das Gutachten vom 2. März 2024 den Anforderungen des Bundesgerichts an den Beweiswert von medizinischen Berichten, weshalb die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid zu Recht darauf abgestellt hat.

4.3.4 Daran ändern die Einwände in der Beschwerde nichts. Soweit geltend gemacht wird, die Vorinstanz habe den Sachverhalt offensichtlich unrichtig festgestellt und den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie von einer reinen Verdachtsdiagnose einer Small-Fiber-Neuropathie ohne Relevanz für die Invalidenversicherung ausgehe, kann dem nicht gefolgt werden. Konkret bringen die Beschwerdeführer vor, es wäre zur umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes eine QST notwendig gewesen. Diese Ansicht kann nicht geteilt werden. Im Gutachten wurde mehrfach das Vorliegen einer Small-Fiber-Neuropathie genannt. Dass der neurologische Gutachter keine sichere Evidenz für diese bestätigen konnte, begründete er nachvollziehbar (pathologische Befunde in drei geforderten Testbereichen). Der Gutachter berief sich dabei auf die Feststellungen seiner persönlichen Untersuchung des Exploranden und hielt fest, dass lediglich ein pathologischer Befund der Hautbiopsie vorliege. Er wies dabei auch darauf hin, dass selbst unter Annahme einer Small-Fiber-Polyneuropathie die Hautbiopsie keinerlei Rückschlüsse auf allfällige Beschwerden oder funktionelle Einschränkungen zulasse. Dasselbe ist zur QST festzuhalten. Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in der Invalidenversicherung ist nämlich nicht an die Bestätigung einer konkreten Diagnose gebunden, sondern an die klinischen Befunde. So oder anders ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer 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 Gutachter 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 allein das dennoch objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt. Dass

die Beschwerdegegnerin und die Gutachter unter diesen Umständen darauf verzichteten, eine QST durchzuführen bzw. deren Resultat abzuwarten, ist daher nicht zu beanstanden und tangiert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Auch die Kritik der Voreingenommenheit des psychiatrischen Gutachters ist unbegründet. Nichts weist darauf hin, dass der Bericht nicht neutral und sachlich abgefasst wurde. Wenn weiter geltend gemacht wird, der Psychiater hätte sich in Bezug auf den zeitlichen Verlauf unklar geäußert, so gilt es doch zu beachten, dass eine retrospektive Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit naturgemäss mit gewissen Unsicherheiten behaftet ist (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_279/2023 vom 30. April 2024 E. 5.4 mit Hinweis). Nichts zu ihren Gunsten vermögen die Beschwerdeführer abzuleiten, indem sie darauf hinweisen, der Orthopäde habe es unterlassen, seine Feststellungen abzuklären. Diesbezüglich hat der Gutachter auftragsgemäss die objektiven Befunde erhoben und einen deutlich durchtrainierten Körper und Beschwiellungen der Hände und Füsse dokumentiert. Die beträchtliche Muskelmasse war im Übrigen auch von den Ärzten der AI.____ Klinik protokolliert worden (S. 1596).

Im Weiteren versuchen die Beschwerdeführer vergeblich, die Beurteilung der Gutachter in Frage zu stellen, indem sie argumentieren, die Untersuchung habe nur wenige Stunden Zeit in Anspruch genommen. Die Dauer der Untersuchung – die an sich kein Kriterium für den Beweiswert eines medizinischen Berichts ist – kann den Wert der Arbeit des Gutachters nicht in Frage stellen, dessen Rolle insbesondere darin bestand, sich innerhalb einer relativ kurzen Frist zum Gesundheitszustand des Versicherten zu äussern (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.2.3 mit Hinweisen). In casu sind ausserdem die Anamneseerhebung, Symptomerfassung, Verhaltensbeobachtung, die Befragung und die dabei erhobenen Befunde ausführlich dargestellt, weshalb der Einwand, die Gesamtdauer von 3 Stunden 41 Minuten habe nicht ausgereicht, nicht überzeugt.

Die Beschwerdeführer bemängeln weiter die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin vom 2. April 2024. Die Ärztin habe unkritisch die Schlüsse der Gutachter übernommen und ihre, wonach u.a. ein ausgeprägtes demonstratives Verhalten vorliege, nicht begründet. Dazu ist festzuhalten, dass es der RAD-Ärztin oblag, das interdisziplinäre Gutachten auf dessen Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit zu prüfen und gegebenenfalls darüber zu entscheiden, ob zusätzliche gutachterliche Massnahmen bei externen Fachkräften in die Wege zu leiten gewesen wären. Eine weitergehende Verpflichtung bestand demgegenüber nicht. Der Bericht im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV, den der RAD zu Händen der IV-Stelle erstellt, dient dieser bei deren weiteren versicherungsinternen Entscheidungsfindung.

Es handelt sich deshalb um eine Urkunde, deren Inhalt zur internen Meinungsbildung der IV-Stelle beiträgt. Die Einbindung in die Versicherung hat zur Konsequenz, dass die Arztpersonen des RAD nicht als im Sinne von Art. 44 ATSG unabhängige Gutachter angesehen werden können, womit die Verfahrensvorschriften, welche bei der Anordnung eines verwaltungsunabhängigen Gutachtens zu berücksichtigen sind, auf die Arztperson des RAD nicht zur Anwendung kommen. Im Übrigen haben die RAD-Ärzte aus datenschutzrechtlichen Sicht den zuständigen Stellen nur diejenigen Angaben weiterzugeben, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden. Wie sodann die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, kann es nicht Aufgabe der (nichtfachärztlichen) RAD-Ärztin sein, das neurologische Teilgutachten in all seine Einzelheiten auseinanderzunehmen.

In der Beschwerde wird sodann moniert, die im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Berichte seien weder dem RAD noch den Gutachtern vorgelegt worden. Auch diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin zutreffend dargelegt, dass diese von den behandelnden Ärzten erstellten Berichte den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens nicht in Frage zu stellen vermögen. Es ist in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall befassten Arztperson, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Im Wesentlichen gebietet die Natur der Sache unter dem Gesichtswinkel eines rechtsgleichen Gesetzesvollzugs (Art. 8 Abs. 1, 29 Abs. 1 BV) eine administrative bzw. gerichtliche Überprüfung der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit im Einzelfall hin (BGE 140 V 193 E. 3.1). Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson nämlich keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Mithin geht das in der Beschwerde vorgebrachte Argument, es sei nicht die Aufgabe des Juristen, eine Würdigung der Beweise vorzunehmen, an der Sache vorbei. Die juristische Anspruchsprüfung ist in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Recht und Medizin wirken im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens zusammen mit dem Ziel, eine rechtserhebliche Arbeitsunfähigkeit zu bejahen oder zu verneinen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1 und E. 5.2.3). Dabei ist es Aufgabe der Rechtsanwendung zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6, 145 V 361 E. 3.2.2).

Wenn weiter Dr. D. _____ in seinem Bericht vom 2. Juni 2024, auf den sich die Beschwerdeführer berufen, eine seit Jahren nicht korrekte Behandlung geltend macht, wird diese Aussage von keinem Facharzt bestätigt. Im Übrigen ergibt sich aus den übrigen Berichten in den Akten, dass die Behandlungsmöglichkeiten in keinem Zeitpunkt optimal ausgeschöpft wurden. Es fehlte an einer konsequenten Therapiebehandlung jeglicher Art, deren Scheitern das Leiden als resistent ausgewiesen hätte (vgl. dazu auch den Austrittsbericht der AI. _____ Klinik vom 23. April 2024, S. 5).

Hinsichtlich der geltend gemachten Verschlechterung nach dem Begutachtungszeitpunkt kann auf den Bericht der AI. _____ Klinik vom 23. April 2024 (S. 1592 ff.) verwiesen werden. Bei Klinikankunft war der Allgemeinzustand erhalten und die motorischen Funktionen bilateral intakt. Die oberen und unteren Extremitäten zeigten keine motorischen Ausfälle oder Atrophien (S. 3 des Berichts). Es war der Versicherte, der darum bat, ihm eine Infusion mit Immunglobulinen zu verabreichen (S. 4 f.). Auf medizinischer Ebene versuchte die Klinik, dem Patienten den Mechanismus von funktionellen Störungen, chronischen Schmerzen und die Notwendigkeit einer multidisziplinären Behandlung, mit Ergotherapie, Physiotherapie, neurologischer und psychologischer Intervention, zu erklären (S. 5). Dieselbe Neurologin schrieb in einer Mailmitteilung an den Hausarzt, eine neurologische und psychiatrische Expertise sei angezeigt. Dabei nahm sie jedoch nicht Bezug auf das bereits erfolgte interdisziplinäre Gutachten, weshalb ihre Schlussfolgerung den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens ebenfalls nicht in Frage zu stellen vermag. Gemäss Bericht von Dr. F. _____ vom 21. Juni 2024 wurden seitens des Versicherten Missempfindungen, Muskelkrämpfe und Koordinationsstörungen beschrieben. Eine körperliche Untersuchung fand ihrerseits nicht statt. Sie ergänzte, dass man mit der Zuweisung an Dr. M. _____ die Therapieoptionen habe besprechen wollen. Diese Darlegung stimmt mithin mit den Feststellungen der Vorinstanz überein, wonach dessen Abklärung vom 4. Dezember 2023 (S. 1539) ohne klinische Nachweise die Einschätzung der Gutachter nicht zu erschüttern vermöge. Im Übrigen waren den Gutachtern auch die erhöhten CK-Werte bekannt, wobei sie diese auch in ihrer Beurteilung würdigten (S. 1540). Dr. F. _____ legte in ihrem Bericht vom 21. Juni 2024 dazu lediglich dar, ein Hinweis für eine vermehrte Aktivität könne auch eine Autoimmunkrankheit sein, ohne konkret auf den Patienten Bezug zu nehmen (S. 1607). Schliesslich waren – vorbehalten der Bericht vom 20. Juni 2024 – die medizinischen Stellungnahmen des behandelnden Neurologen Dr. E. _____ den Gutachtern unterbreitet worden und es wurde insbesondere diejenige vom 2. Januar 2024 explizit im Gutachten gewürdigt (S. 1539 f.). In seinem ergänzenden Bericht vom 20. Juni 2024 setzte sich der behandelnde Neurologe mit dem Gutachten auseinander. Dass er den Gesundheitszustand als behandelnder Arzt anders

würdigt, vermag das externe Administrativgutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Der Neurologe legte nämlich selber dar, der Gutachter fordere von den untersuchenden Spezialisten ausführlichste Diagnostik, die man möglicherweise in einer Gutachtensituation durchführen könne, wahrscheinlich aber nicht im klinischen Alltag. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Bundesgerichtsurteil 9C_556/21 vom 3. Januar 2022 E. 6.1). Dies war mit seit Jahren beklagten Missempfindungen, Paresen, Koordinationsstörungen und Schwäche/Lähmungserscheinungen in casu nicht der Fall.

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden weitere medizinische Berichte und Unterlagen zu den Akten gereicht (Beschwerdebeilagen 3-19, recte 18). Diese datieren – vorbehalten der QST – nach Verfügungszeitpunkt. Zu diesen Berichten bleibt daher anzumerken, dass der gerichtliche Überprüfungszeitraum sich grundsätzlich nur auf den Sachverhalt erstreckt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 12. August 2024) verwirklicht hat (BGE 130 V 445 E. 1.2 S. 446). Gesundheitliche Folgeentwicklungen, die in den nach dem Stichdatum erstellten Berichten abgebildet sind, könnten somit höchstens Anlass für eine Neuprüfung des Leistungsanspruches in einem neu aufzunehmenden Verfahren sein, können hier indes nicht berücksichtigt werden. Ergänzend sei hier darauf hingewiesen, dass weder dem Kurz- noch dem Austrittsbericht des Inselspitals (Beschwerdebeilage Nrn. 3 und 4) subjektiv neue Befunde entnommen werden können. Hinsichtlich der Koordinationsstörungen und Schwäche/Lähmungserscheinungen hielt bereits Dr. F._____ in ihrem Bericht vom 21. Juni 2024 (S. 1606) fest, der Versicherte beklagte sich über eine Verschlechterung des Zustandsbildes ab Herbst 2023. Die Berichte des SPZ vom 20. September 2024 (Beschwerdebeilagen 5-8), wo am 12. August 2024 die QST stattfand, bestätigen die «vordiagnostizierte Small-Fiber-Neuropathie» als aktuelle Diagnose, halten aber gleichsam fest, dass trotz Missempfindungen und Zeichen einer Large-Fiber-Beteiligung im Sinne einer Pallhypästhesie der oberen und unteren Extremitäten sich Defizite im Bereich der Motorik bzw. Trophik der Muskulatur nicht nachweisen liessen. Diesen Berichten lassen sich denn auch keine Angaben zu allfälligen Einschränkungen in Bezug auf den (Berufs-)Alltag entnehmen. Empfohlen wurde bei einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell eine regelmässige ambulante (schmerz-)psychologische Anbindung. Die hinterlegten Laborberichte (Beschwerdebeilagen 9-16) und der Hautbiopsiefund (Beschwerdebeilage 18, recte 17) betreffen Untersuchungen vom November und Dezember 2024. Dies trifft auch auf die von G._____ durchgeführte Untersuchung zu (Beschwerdebeilage 19, recte 18).

In einem weiteren Punkt bringen die Beschwerdeführer vor, das Gutachten erfülle nicht die Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren. In der Medizin wird von einem umfassenden Krankheitsbegriff ausgegangen, während für Rentenleistungen ausschliesslich der durch den Gesundheitsschaden bewirkte Verlust der Erwerbsmöglichkeiten massgebend ist. Seit der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung ist dabei die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens zentral. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die mit der gestellten Diagnose in Zusammenhang stehenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen überhaupt eine invalidisierende Bedeutung annehmen können. Dazu haben sich die Gutachter, die ihren Bericht danach aufgebaut haben, im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten geäussert. Sie beurteilten die Konsistenz sowie die Plausibilität in der Untersuchungssituation und im Alltag (Punkt 6.2), erfassten die jeweiligen fachärztlichen Befunde (Punkt 6.3 a), beurteilten den bisherigen Verlauf und die Behandlungen (Punkt 7.1) und würdigten schliesslich die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (Punkt 7.2). Wie die Beschwerdegegnerin richtig dargelegt, hat denn gerade diese Prüfung dazu geführt, dass in einer angepassten Verweisungstätigkeit keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden konnte.

4.4 Es kann abschliessend festgehalten werden, dass aufgrund der gegebenen Sachlage auf die externe interdisziplinäre Beurteilung und das korrekt erfolgte strukturierte Beweisverfahren abzustellen ist und sich die subsidiär beantragten weiteren medizinischen Abklärungen samt Rückweisung erübrigen. Dies trifft auch auf den beantragten Beizug weiterer Spitalberichte zu. Das Gericht betrachtet in antizipierter Beweismwürdigung den rechtserheblichen Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich erstellt (BGE 145 I 167 E. 4.1, 144 II 427 E. 3.1.3 und 141 I 60 E.3.3). Dieses Vorgehen verstösst nicht gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 145 I 167 E. 4.1).

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

5.

5.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf Fr. 500.00 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten den Beschwerdeführern auferlegt. Mit Entscheid vom 31. Oktober 2024 wurde H. _____ in der Person von Rechts-

anwältin Graziella Walker Salzman ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege ist höchstpersönlicher Natur, d.h. streng auf die Person bezogen, welche die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, und erlischt daher mit deren Tod. Ist zum Todeszeitpunkt das Armenrecht bereits gewährt worden, gehen dessen Vergünstigungen nicht von Rechts wegen auf die Erben über. Vielmehr erlischt das Armenrecht. Immerhin aber wirkt sich dieses insoweit zu Gunsten der Erben aus, als die bis zum Ausscheiden der berechtigten Person aufgelaufenen Prozesskosten noch durch die Gerichtskasse gedeckt sind (Beschluss des Obergerichts des Kantons Zürich RB110002-O/U vom 18. April 2012 E. 2.). In diesem Sinne werden die Gerichtskosten von der Staatskasse des Kantons Wallis übernommen (Art. 8 Abs. 1 lit. b GUR, Art. 9 Abs. 3 VGR).

5.2 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist daher auch die Officialanwältin für das hiesige Verfahren inklusive jenem um unentgeltliche Rechtspflege aus der Staatskasse zu entschädigen (Art. 8 Abs. 1 lit. a GUR und Art. 10 Abs. 1 und 3 VGR; Bundesgerichtsurteil 2C_78/2024 vom 1. Mai 2024 E. 4 mit Hinweis). Das Gericht setzt die Entschädigung in Anwendung der für die Festsetzung der Entschädigung des Rechtsbeistands geltenden Regeln (Art. 4 Abs. 3 i.V.m. Art. 40 GTar, Art. 30 Abs. 1 GTar; vgl. auch BGE 135 I 1 E. 7.4.1 mit Hinweisen) sowie unter Würdigung der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache, des Umfangs der Arbeitsleistung und der durch den Rechtsstreit entstandenen Auslagen auf Fr. 1'500.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) fest. Das Honorar ist aus der Staatskasse zu entrichten.

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens von Fr. 500.00 gehen zu Lasten der Beschwerdeführer; vorläufig werden diese jedoch zufolge gewährter unentgeltlicher Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht bei Verbesserung der wirtschaftlichen Lage von der Staatskasse übernommen.
3. Der Fiskus entschädigt Officialanwältin Graziella Walker Salzmänn für das vorliegende Verfahren und das Verfahren S3 24 61 mit Fr. 1'500.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Sitten, 1. September 2025