

S1 23 198

**URTEIL VOM 13. MÄRZ 2024**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

**in Sachen**

**X** \_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

**gegen**

**KANTONALE IV-STELLE**, Beschwerdegegnerin

(Restarbeitsfähigkeit)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. November 2023

## Verfahren

**A.** Die 1967 geborene Beschwerdeführerin ist seit dem 2. März 2022 in ihrer Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin bei der A \_\_\_\_\_ AG eingeschränkt. Am 14. Juli 2022 meldete sie sich unter Hinweis auf eine rezidivierende Schwindelsymptomatik mit präsynkopalem Ereignis bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von IV-Leistungen. Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte sie mit Verfügung vom 7. November 2023 einen Leistungsanspruch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 22% ab.

**B.** Die Versicherte erhob am 23. November 2023 (Eingangsdatum) bei der IV-Stelle Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. November 2023 und erklärte sich damit nicht einverstanden. Nachdem das Schreiben zuständigkeitshalber an die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts Wallis überwiesen worden war, ergänzte die Versicherte am 6. Dezember 2023 ihre Beschwerde unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und machte geltend, es sei ihr nicht möglich, ihr Arbeitspensum zu steigern.

Die IV-Stelle hielt mit Schreiben vom 16. Januar 2024 an ihrer Verfügung fest, reichte die amtlichen Akten ein und beantragte die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 18. Januar 2024 zur Kenntnis gebracht wurde. Replizierend liess die Versicherte am 1. Februar 2024 den Untersuchungsbericht von Dr. B \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2024 sowie den MRT-Bericht vom 4. Januar 2024 von Dr. C \_\_\_\_\_ zukommen.

Nachdem die Beschwerdegegnerin darauf am 27. Februar 2024 dupliziert hatte, schloss das Gericht am 28. Februar 2024 den Schriftenwechsel ab.

Auf weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen und Begründungen 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 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 (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 und 61 lit. b ATSG).

### 2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des ATSG, des IVG sowie der entsprechenden Verordnungen in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1<sup>bis</sup> IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Randziffer 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend nach diesem Datum in Betracht fällt (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; Beginn der einjährigen Wartefrist am 29. März 2022 und Anmeldung per 27. Juli 2022), werden nachfolgend die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften zitiert.

2.2 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).

**2.3** Die Beschwerdegegnerin führt in der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2023 aus, der Beschwerdeführerin sei die bisherige 70%ige Tätigkeit aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr möglich. Aus medizinischer Sicht bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten, leichten Tätigkeit (mit wechselnder Arbeitsposition, ohne Gehstrecken sowie ohne berufsmässiges Führen von Motorfahrzeugen).

Dagegen macht die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde – bei unbestrittener Aufteilung der Aufgabenbereiche Erwerbstätigkeit/Haushalt im Verhältnis von 70% zu 30% – geltend, sie könne aus gesundheitlichen Gründen keine angepasste Tätigkeit zu 100% ausüben.

Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt hat und gestützt auf die medizinischen Akten zu Recht den Leistungsanspruch verneint hat.

### **3.**

**3.1** Gegenstand der Invalidenversicherung ist nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung. In diesem Sinne ist der Invaliditätsbegriff ein juristischer und kein medizinischer Begriff. Dennoch sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen.

**3.2** 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. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174 E. 4.3.1). 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).

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 Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; Bundesgerichtsurteil 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich diese Fachpersonen in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mit zu berücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken.

**3.3** Der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. D \_\_\_\_\_ wies im März 2022 die Versicherte wegen der Schwindelsymptomatik Dr. B \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zu, der in seinem Bericht vom 11. November 2022 eine sehr leichtgradige, sensible

Stand-/Gangataxie notierte. Die bildgebende Untersuchung des Schädels habe multiple gliotische Läsionen im Marklager und subcortikal gezeigt. Die Lumbalpunktion vom 4. April 2022 habe keinen Anhalt für einen akuten oder chronisch entzündlichen ZNS-Prozess ergeben, weshalb die gliotischen Läsionen am ehesten vaskulär/mikroangiopathisch seien (S. 81). Er ordnete zur Prüfung der Fahrtauglichkeit (die von neurologischer Seite gegeben war) eine neuropsychologische Testung an (S. 81), laut der eine mittelschwer eingeschränkte Impulskontrolle im Zentrum stand, wobei der Facharzt die Diagnose einer leichten kognitiven Störung mit über mehrere Funktionsbereiche erhöhter Interferenzanfälligkeit stellte (S. 100 und S. 109 f.). Der Neurologe erachtete eine praktische Fahrprobe aufgrund der Tätigkeit der Versicherten als Briefträgerin für sinnvoll. Diese sei ansonsten aus neurologischer Sicht arbeitsfähig (S. 110).

Der Kardiologe fand keine Hinweise auf eine kardiale Ursache für die zweimaligen präsynkopalen Ereignisse (Bericht vom 28. April 2022, S. 82).

In seinem Verlaufsbericht vom 1. September 2023 schilderte der Hausarzt eine Behandlungsfrequenz von 3 bis 6 Wochen, wobei die Patientin versuchsweise eine Teilzeitbeschäftigung von 4 Stunden pro Tag als Bedienung auf einem Campingplatz begonnen habe (S. 192).

Der RAD-Arzt schlussfolgerte am 19. September 2023, aufgrund eines von der Dienststelle verhängten Fahrverbotes (S. 164) sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich. Die Versicherte sei neurologisch genügend abgeklärt worden, wobei zerebrale Veränderungen festgestellt worden seien, die jedoch aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. In einer angepassten Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Im Haushalt würden höchstens minimale Einschränkungen (Grosseinkauf, Fenster putzen in grösserer Höhe) bestehen (S. 198).

Im Verlauf-MRI vom 4. Januar 2024 zeigte sich weiterhin eine Herdläsion mit gliotischen konfluierenden Veränderungen bihemisphärisch im Marklager und subcortikal, wobei im Vergleich zur Voruntersuchung im März 2022 keine neu aufgetretenen Läsionen oder Konfigurationsänderungen erkannt werden konnten. Es lagen keine Hinweise für frische ischämische Läsionen oder einen aktiven entzündlichen Prozess vor.

In seinem Folgebericht vom 26. Januar 2024 schrieb Dr. B \_\_\_\_\_, klinisch habe ein omnidirektionales Schwanken in den Stand-/Gangproben, betont bei fehlender visueller Kontrolle, festgestellt werden können. In der Anamnese seien keine eindeutigen schubförmigen Ereignisse abgrenzbar und die Lumbalpunktion vom 4. April 2022 habe keinen Anhalt für einen akuten oder chronisch-entzündlichen ZNS-Prozess ergeben. Klinisch

und bildmorphologisch bestehe damit weiterhin eine zentrale, sensible Stand-/Gangataxie, am ehesten auf dem Boden einer zerebralen Mikroangiopathie. Die Patientin sei in ihrer Arbeit als Bedienung (Stehen/Gehen/Teller balancieren usw.) eingeschränkt, da die Stand-/Gangsicherheit deutlich reduziert sei. Als therapeutisch sinnvoll erachtete er eine physiotherapeutische Behandlung mit gezieltem Gleichgewichtstraining und ordnete eine Verlaufskontrolle im Folgejahr an.

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdeführerin bemängelt im Wesentlichen die Beurteilung ihrer Restarbeitsfähigkeit. Ihre Belastbarkeit sei stark eingeschränkt, wobei sie das Arbeitspensum auch in einer angepassten, leichten Tätigkeit nicht zu steigern vermöge. Als Ursache nennt sie die Stand-/Gangataxie sowie eine Sehstörung. Nach ihrem subjektiven Empfinden hätten die Beschwerden zugenommen.

**4.2** Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin an einer zentralen sensiblen Stand-/Gangataxie, bei der vor allem das Marklager befallen ist, leidet. Die Ärzte sind sich allesamt darin einig, dass die Versicherte ihre angestammte Tätigkeit aufgrund des verhängten Fahrverbotes nicht mehr ausüben kann. Demgegenüber erachteten sie eine angepasste Tätigkeit grundsätzlich für zumutbar.

Bei Durchsicht der medizinischen Akten fällt weiter auf, dass sich seit März 2022 keine eindeutig neu aufgetretenen Läsionen nachweisen lassen. Der behandelnde Neurologe, der entsprechendes bildgebendes Material erstellen liess, bestätigte die unveränderten Verhältnisse bei gliotischen Läsionen im Marklager und subcortikal. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des Zustandes ist mithin aufgrund der Akten nicht ausgewiesen. Andere gegenteiligen Berichte liegen nicht vor.

Im Rahmen des Anmeldeverfahrens wurden diverse Berichte der behandelnden Ärzte angefordert und dem RAD-Arzt zur Beurteilung unterbreitet. Dabei erstellte dieser, nachdem er das gesamte Dossier gesichtet hatte, eine Anamnese, berücksichtigte die geklagten Leiden und legte das Zumutbarkeitsprofil für die (Rest-)Arbeitsfähigkeit fest. Seine Beurteilung ist in Anbetracht der Akten nachvollziehbar und klar begründet. Er geht davon aus, dass die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit volle Leistung erbringen kann, sofern es sich dabei um eine wechselbelastende Tätigkeit handelt. Die vom behandelnden Neurologen geltend gemachten funktionsrelevanten Folgen (Gang- und Standataxie, Fahrverbot) der stattgehabten Erkrankungen werden vom RAD-Arzt

berücksichtigt. Seine Schlussfolgerung stimmt daher zweifelsfrei mit den von den behandelnden Ärzten erfassten Einschränkungen überein. Es liegen auch keinerlei Abgaben von Befunden vor, die eine andere Einschätzung aufdrängen würden. Seine abschliessende Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit erfolgte auf der Grundlage sämtlicher Fachberichte, wobei er die Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen würdigte. Die einzelnen Einschätzungen lassen sich auch gegenseitig miteinander vereinbaren. Aufgrund der somatisch begründeten Einschränkungen und der daraus resultierenden Geh-/Stehbeeinträchtigung formulierte der RAD-Arzt in der interdisziplinären Zusammenschau ein entsprechendes Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit. Mithin keine schweren Arbeiten, eine Tätigkeit mit Wechsel der Arbeitsposition, keine Gehstrecken und lediglich Arbeiten unter Berücksichtigung, dass das Autofahren untersagt sei. Dieses Zumutbarkeitsprofil deckt sich weitgehend mit den Beurteilungen des Facharztes für Neurologie, der die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht als arbeitsfähig erachtete. Was weiter die Einschätzung des behandelnden Hausarztes anbelangt, ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte, wie überhaupt behandelnde Arztpersonen, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), weshalb deren Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu würdigen sind. Schliesslich vermag die subjektive Einschätzung der 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.

**4.3** Nach dem Gesagten kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, soweit sie die attestierte Restarbeitsfähigkeit rügt und deshalb den Beweiswert der Einschätzung des RAD-Arztes anzweifelt. Ihre Annahme, die somatischen Beschwerden wirkten sich in allen möglichen Betätigungsfeldern vollumfänglich aus und würden sie erheblich mehr in ihrer Restarbeitsfähigkeit einschränken als angenommen, vermag aufgrund der Aktenlage nicht zu überzeugen. Die Vorinstanz verletzte daher kein Bundesrecht, wenn sie den Schlussbericht des RAD-Arztes als grundsätzlich beweiskräftig einstufte, sich darauf abstützte und auf weitere Abklärungen verzichtete. Unter Würdigung der gesamten Umstände kann somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vgl. BGE 129 V 177 E 3.1 mit Hinweisen) davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt des Verfügungserlasses eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden hat. In Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt ist auch festzuhalten, dass der

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin umfassend abgeklärt ist und gestützt darauf ihre Restarbeitsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise festgelegt werden konnte.

5. Die Bemessung des Invaliditätsgrades ist unbestritten. Korrekterweise kam es bei einem unstrittigen Anteil Erwerbstätigkeit von 70% und Haushalt von 30% zur Anwendung der gemischten Methode. Ebenfalls nicht bemängelt wurde die Feststellung im angefochtenen Entscheid, es bestünde keine relevante gesundheitliche Einschränkung in der Haushaltstätigkeit. Im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was grundsätzlich durch eine Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist. In casu hat die Beschwerdegegnerin ausnahmsweise auf eine solche Erhebung verzichtet, wozu sie grundsätzlich ermächtigt ist (vgl. Randziffer 3042 KSVI und Randziffer 3600 KSIR). Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen, der sich zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern hat (vgl. dazu BVGer C-1250/2020 vom 19. November 2021 E. 8.2 mit Hinweisen). Aus der Schlussbeurteilung des RAD-Arztes ergeben sich höchstens minimale Einschränkungen, wie beim Grosseinkauf und beim Putzen der Fenster in grossen Höhen. Diese bilden zwar Erschwernisse im Alltag, führen aber nicht zu invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Beeinträchtigungen im Haushalt. Soweit Einschränkungen vorhanden sind, können diese durch die der versicherten Person obliegende Schadenminderungspflicht ausgeglichen werden. Eine im Haushalt tätige Person hat ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Angehörigen in Anspruch zu nehmen. Da mithin die Auswirkungen im Haushalt aktenmässig beurteilt wurden, ist im Verzicht der Beschwerdegegnerin auf eine detaillierte Abklärung vor Ort keine Verletzung ihrer Abklärungspflicht zu sehen. Nur der Vollständigkeit halber sei noch ergänzt, dass sich selbst bei Annahme einer Einschränkung im Haushalt von mehr als 50% im Ergebnis nichts ändern würde, resultierte doch auch dabei ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

6. Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rech- tens, die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

**7.2** Einzig der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteient-schädigung. In casu entfällt der Anspruch aufgrund der Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdegegnerin – d.h. dem Versicherungsträger – steht ebenfalls kein Partei-entschädigungsanspruch zu (Art. 61 lit. g ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, N. 199 zu Art. 61 ATSG).

**Das Kantonsgericht erkennt:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens von Fr. 500.00 gehen zu Lasten der Beschwerdeführerin. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3. Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 13. März 2024