

S1 22 121

URTEIL VOM 13. MÄRZ 2023

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

in Sachen

X _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Procap Rechtsdienst, Rechtsanwalt Daniel Schilliger, 4601 Olten

gegen

KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten, Beschwerdegegnerin

und

Y _____, 4052 Basel, betroffener Dritter

(Nichteintreten auf Revisionsgesuch; Art. 87 Abs. 2 IVV)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Juni 2022

Sachverhalt

A. Der 1964 geborene Versicherte meldete sich am 4. Juli 2014 (Akten der Beschwerdegegnerin S. 3 ff.) bei einem seit Jahren bekannten Morbus Bechterew (S. 29), einer Diskopathie L4 sowie einer Herzerkrankung zum Bezug von Leistungen bei der Beschwerdegegnerin an. Nach einer am 23. Juli 2013 mittels MRT diagnostizierten Wurzelkompression L4 (S. 45) und einem komplikationslos verlaufenden operativen Eingriff vom 31. Oktober 2014 (S. 120 ff.) übernahm die Beschwerdegegnerin die Kosten für Spezialschuhe (S. 111 ff.) und ein Arbeitstraining (S. 123 ff), welches per Juli 2015 abgeschlossen wurde. Die Akten wurden zur Rentenprüfung an den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) übermittelt (S. 172), der eine externe rheumatologische Abklärung in Auftrag gab. Dr. A _____ erachtete den Beschwerdeführer mit Bericht vom 22. Dezember 2015 (S. 234 ff) bei einem lumbalbetonten Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung und axialer Spondyloarthritis Morbus Bechterew in einer leichten angepassten Tätigkeit als voll arbeitsfähig, weshalb mit Verfügungen vom 25. Mai 2016 der Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rente bei einem IV-Grad von 28% abgewiesen wurden (S. 299 ff.).

Die dagegen erhobene Beschwerde zog der Versicherte in der Folge zurück (S. 384), wobei der Bericht von Dr. B _____ vom 29. Februar 2016 (S. 311 f.), der die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom F 32.11 festhielt (S. 313 f.), zu den Akten genommen wurde. Bei bedingten körperlichen Beschwerden hätten sich in den letzten Monaten Stimmungsschwankungen und Depressivität beim Patienten gezeigt. Zudem habe dieser an Durchschlafstörungen und Ängsten gelitten.

B. Am 16. Oktober 2017 (S. 403 ff.) machte der Versicherte eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes mittels einer Neuanmeldung geltend. Die Beweglichkeit und die Belastbarkeit der Wirbelsäule hätten sich vermindert, die Schmerzen verstärkt und die Gemütsstimmung sei niedergeschlagen und hoffnungslos (S. 453). Der RAD kam mit Berichten vom 27. Oktober 2017 (S. 406 ff.) und 5. Januar 2018 (S. 461 ff.) zum Schluss, die Unterlagen gäben keinen Hinweis auf eine relevante Verschlechterung, weshalb mit Verfügung vom 15. Januar 2018 (464 f.) auf die Neuanmeldung nicht eingetreten wurde.

C. Mit Bericht vom 5. September 2018 führte Dr. C _____ (act. 498) aus, das Beschwerdebild in Form von Lumbalgien und radikulären Schmerzen links sei auf die

Höhenabnahme und das Kollabieren des Segmentes L5/S1 zurückzuführen. Das MRI zeige eine Neurokompression mit Tangierung der Wurzel L5 links. Betroffen sei auch das Anschlusssegment L4/L5 mit einer Höhenabnahme. Er empfahl eine Revisionsoperation mit Dekompression des Segmentes L5/S1 links und zusätzlicher Stabilisation mit Platzhalter T-Pal. Am 4. Oktober 2018 (S. 493 f.) unterzog sich der Versicherte diesem operativen Eingriff.

Der Versicherte reichte am 29. Oktober 2018 (S. 506 ff.) die Neuanmeldung ein. Anlässlich eines Standortgespräches mit dem Arbeitgeber (S. 534) ging hervor, dass der Versicherte seit Juli 2016 zu 50% Hilfsarbeiten (Bereich Reinigung) verrichte, wobei es zu einer Änderungskündigung gekommen war (S. 548, S. 550). Im Januar 2019 (S. 549) erfolgte innerhalb der Hilfsarbeiten eine weitere Arbeitsplatzanpassung (Bereich Archiv). Am 15. April 2019 (S. 560) schloss die IV-Stelle die Frühintervention ab. Mit Bericht vom 19. März 2019 (S. 554) hatte Dr. C _____ den postoperativen Verlauf bezüglich der Lumboischialgie-Symptomatik als deutlich gebessert beschrieben. Der Patient sei immer noch seitens des Rückens und der Bechterew-/Schuppenflechten-Geschichte handicapiert. Gemäss Hausarztbericht vom 23. Mai 2019 (S. 567 ff) benötige der Patient eine Arbeitssituation mit einem regelmässigen Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen. Insbesondere sollte er den Zeitpunkt von Gehen, Stehen und Sitzen beeinflussen können und gegebenenfalls auch unterbrechen können, wenn dies nötig sei. Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Ebenso wenig schweres Heben und Tragen. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten hielt er nicht für möglich. Vom 19. bis zum 25. März 2019 (S. 573 ff.) weilte der Versicherte stationär zu einer komplexen multimodalen Schmerzbehandlung in der Rheumatologie des Inselspitals. Das MRI vom Februar 2019 zeigte multisegmentale degenerative und postoperative Veränderungen nach Dekompression L5/S1 und Spondylodese im Oktober 2018. Demgegenüber fanden sich keine entzündlichen Veränderungen i.S.e. Spondyloarthritis oder Sakroiliitis. Jedoch war aufgrund der belastenden Hautveränderungen ein dermatologisches Konsilium erfolgt. Die kardiologischen Kontrollen bestätigten eine stabile Situation (S. 633 f.)

Nach erneuter Vorlage der Akten (S. 642) schlussfolgerte der RAD am 13. Juni 2019 (S. 643 ff.), vergleiche man die klinischen Befunde vom Dezember 2015 und der Eintrittsuntersuchung am Insel vom 19. März 2019 finde man in beiden Fällen einen unauffälligen Gang, wobei generalisierte Druckdolenzen im gesamten WS-Bereich bestehen würden (S. 647). Grundsätzlich seien die Befunde, die bezüglich der Arbeitsfähigkeit relevant seien, unverändert. Die subjektiv vermehrten Schmerzen seien per se nicht als

Verschlechterung zu qualifizieren. Eine Tätigkeit mit den gleichen Limitationen, wie bereits 2015 festgelegt, seien im gleichen Ausmass wieder möglich. Wie von Dr. A _____ im Jahr 2015 formuliert, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit ab Mai 2019 in der aktuell ausgeübten angepassten Hilfstätigkeit im Archiv.

Anlässlich eines Assessmentsgespräches mit dem Arbeitgeber legte dieser am 8. Juli 2019 (S. 51) dar, der Versicherte sei aktuell bei einer Präsenzzeit von 50% und einer Leistung von knapp 30% im Bereich Archivierung tätig. Es handle sich um eine Arbeit mit tiefen Anforderungen. Hätte der Versicherte nicht über die vergangenen Jahre einen sehr guten Eindruck hinterlassen, würde dieser heute nicht mehr bei ihnen arbeiten. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen der medizinischen Beurteilung und diesen praktischen Erfahrungen des Eingliederungsdienstes riet die RAD-Ärztin zu einem Gutachten (S. 657). Die Schmerzklinik erliess am 19. September 2019 (S. 678 ff.) einen Bericht, wobei diese festhielt, der Patient leide unter einer chronischen Schmerzkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Klinisch wurde der Versicherte am 14. Oktober 2019 (S. 686 ff.) durch den RAD-Facharzt Dr. D _____ abgeklärt. Eindeutige Hinweise auf ein radikuläres Ausfallsyndrom lagen nicht vor, allenfalls ein Wurzelreizsyndrom. Es konnte eine deutlich eingeschränkte Wirbelsäulenfunktion sowohl in Rotation, Anteversion und Seitneigung festgestellt werden. Die Hypästhesie konnte keinem Dermatom zugeordnet werden. Motorische Ausfälle und Synovitiden fanden sich nicht. Die peripheren Gelenke waren weitgehend unauffällig. Auch Hinweise auf eine aktivierte Spondylarthritis fehlten. Die bisher gestellten Diagnosen konnten bestätigt werden. Der Gutachter folgerte: «Eine leichte leidensadaptierte Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen, ohne Bücken, ohne langes Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne längere Zwangshaltungen, ohne Sprungbelastung ist noch zumutbar. Eine 50%-ige Einschränkung ist hierbei aber nachvollziehbar, da es nach etwa 4 Stunden zu einer Schmerzexazerbation kommt» (S. 699 f.). Die psychiatrische Abklärung erfolgte am 14. Oktober 2019 (S. 720 ff.) bei Dr E _____. Er ging von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD 10 F 45.41 aus.

Gestützt auf diese Abklärungen kam die RAD-Ärztin am 14. November 2019 (S. 733) zum Schluss, der Zustand habe sich seit der Operation im Jahr 2015 verschlechtert. Eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr, wobei von einer 50%igen Resterwerbsfähigkeit auszugehen sei. Dem Versicherten sei diese angepasste Tätigkeit mit einigen funktionellen Einschränkungen (Arbeitszeit halbtags, wechselnde Arbeitsposition, Heben von Gewichten von max. 12.5 kg sowie repetitiv max. 7.5

kg, keine schweren Arbeiten, kein Schlechtwetter, keine Feuchtigkeit und Kälte, keine Arbeiten mit grosser Verantwortung, keine Zwangshaltungen (Bücken, Vorüberneigen, Überkopfarbeiten, Knien, Kauern), keine repetitive Rumpfrotation sowie nicht auf Leiter und Gerüste steigen) zu 50% zumutbar.

Mit Verfügung vom 27. Februar 2020 (S. 752) wurde dem Versicherte eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 55% ab dem 1. Mai 2019 zugesprochen.

D. Am 29. März 2021 (S. 766) meldete der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es sei ihm lediglich eine leichte angepasste Tätigkeit à 2 Stunden möglich. Dem Revisionsgesuch lag eine Arbeitsleistungseinschätzung des Arbeitgebers bei, wonach der Versicherte während 4.1 Stunden/Tag bzw. 50% beschäftigt werde und ein stark reduziertes Leistungsvermögen von 25% erbringe (S. 764). Der Versicherte reichte in der Folge diverse Arztberichte und Bildmaterial ein (S. 770-784). Nach Vorlage der Akten hielt der RAD am 1. Juni 2021 eine IV-relevante Verschlechterung nicht für gegeben (S. 789).

Mit Verfügung vom 19. Juli 2021 (S. 799) trat die IV-Stelle auf das neue Leistungsgesuch nicht ein.

E. Am 21. Juli 2021 (S. 809 f.) liess der Betriebsarzt der IV-Stelle einen Bericht zustellen. Die Leistungsfähigkeit werde neben den Vorerkrankungen durch das ausgeprägte, nicht ausreichend therapierbare Schmerzsyndrom (2. Symptomenkomplex) beeinträchtigt. Als Folge der chronischen Schmerzen habe sich eine deutlich depressive Symptomatik entwickelt. Diese werde erheblich durch die hierdurch hervorgerufenen Schlafstörungen getriggert. Dem 2. Symptomkomplex sei bisher keine Bedeutung beigemessen worden. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Es bestehe eine angepasste Arbeitsfähigkeit von 30%. Mit Bericht vom 17. Februar 2022 (S. 822 ff.) ergänzte er seinen früheren Bericht. Der Hausarzt hielt am 23. Februar 2022 (S. 818) fest, im Sommer 2021 sei ein neues Stenting erfolgt. Die berufliche Belastung habe sich weiter reduziert. Gestützt auf diese Berichte beantragte der Versicherte am 18. März 2022 (S. 816) die Revision. Per 1. Februar 2022 (S. 851) erfolgte die arbeitsvertragliche Anpassung des Arbeitspensums von 50% auf 30%.

Nachdem die Schmerzklinik in ihren Bericht vom 25. März 2022 darlegte, von psychischer Seite habe der Versicherte mit vermehrt depressiver Symptomatik reagiert (S. 834 f.), schlussfolgerte der RAD am 5. April 2022, eine fassbare Verschlechterung sei nicht glaubhaft gemacht worden. Seit spätestens 2019 werde vom Arbeitgeber nur noch eine

30%ige Leistungsfähigkeit postuliert. Der Betriebsarzt bestätige, dass der Zustand verbesserbar sei. Schliesslich bedeute eine Koronarangiographie mit PTCA und Stenting keine längere (mind. 3 Monate) Arbeitsunfähigkeit. Dem Bericht der Schmerztherapie könne auch keine eigenständige psychiatrische Erkrankung entnommen werden. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden die Berichte des Facharztes für Kardiologie vom 21. Juli 2021 (871 ff.) und vom 11. August 2021 (S. 867 ff.), der Ambibericht vom 16. Juli 2021 (S. 875 f.) sowie der Bericht der Schmerzlinik vom 25. Mai 2022 (S. 862) nachgereicht. Gemäss letzterem wurde eine mittelgradige depressive Episode F 32.11 diagnostiziert. Der Patient sei aktuell optimal eingegliedert. Die am 11. August 2021 (S. 867) durchgeführte Koronarangiographie zeigte ein ausgezeichnetes Resultat im Stentbereich.

Mit Verfügung vom 15. Juni 2022 (S. 908 f.) trat die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, nachdem der RAD am gleichen Tag an seiner Beurteilung festgehalten hatte (S. 916 ff.).

F. Damit erklärte sich der Versicherte mit Beschwerde vom 18. August 2022 (S. 926) an die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts nicht einverstanden. Er beantragte die Aufhebung des Nichteintretensentscheides. Der psychische Zustand habe sich verschlechtert. Mit RAD-Bericht vom 6. November 2019 sei explizit eine Diagnose nach F 32 oder F 33 verneint worden, wogegen nun eine solche gestellt worden sei. Gemäss Betriebsarzt werde zudem die Leistungsfähigkeit durch die Schmerzen zunehmend eingeschränkt, was wiederum zu Schlafschwierigkeiten und psychischen Problemen führe.

In ihrer Vernehmlassung vom 13. September 2022 verwies die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme des RAD vom 5. September 2022 und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Replizierend hinterlegte der Beschwerdeführer seinerseits den Bericht der Rheumapraxis vom Dr. F _____ vom 20. Dezember 2022, wonach aufgrund eines gemischt entzündlich wie mechanisch anmutendes panvertebralen Schmerzsyndroms eine anti-rheumatische immunmodulierende Basistherapie gestartet worden sei.

Im Rahmen der Duplik vom 24. Januar 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin weiterhin die Abweisung der Beschwerde. Hinsichtlich des Berichts von Dr. F _____ erachtete sie diesen im vorliegenden Verfahren als nicht massgebend.

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 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 [RPfIG] 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]). Der Beschwerdeführer ist als Direktbetroffener zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des ATSG, der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

2.2 Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanmeldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchsrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/Mosimann/Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in

rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.3 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Bundesgerichtsurteil 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. 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 (Bundesgerichtsurteile 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 und 8C_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2, je mit Hinweisen).

2.4 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu

handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangs-sachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Bundesgerichtsurteil 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer beziehe seit dem 1. Mai 2019 eine halbe Invalidenrente. Anhand der im Rahmen des Revisionsgesuchs vom 21. Juli 2021 eingereichten ärztlichen Berichte sei keine Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Auf das neue Gesuch könne daher nicht eingetreten werden.

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer kurz zusammengefasst auf den Standpunkt, in Kenntnis der Berichte des Arbeitgebers, des Betriebsarztes und insbesondere der Berichte der Schmerz- sowie der Rheumaklinik könne aus psychiatrischer Sicht neu eine mittelgradige depressive Episode gemäss F 32.11 und ein gemischt entzündlich wie mechanisch anmutendes panvertebrales Schmerzsyndrom festgestellt werden, weshalb eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der lediglich noch 30%ig attestierten Arbeitsfähigkeit glaubhaft seien.

3.2 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin – mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letztmaligen materiellen Prüfung vom 27. Februar 2020 – zu Recht mit Verfügung vom 15. Juni 2022 nicht auf das neue Leistungsbegehren eingetreten ist. Mithin geht es lediglich um die Frage des Eintretens. Es gilt daher die Situation wie sie im Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 27. Februar 2020 mit derjenigen vom Juni 2022 zu vergleichen bzw. zu prüfen, ob für den massgebenden Zeitraum eine Veränderung glaubhaft gemacht werden konnte.

3.3 Die Zusprache einer halben Invalidenrente ab dem 1. Mai 2019 erfolgte in medizinischer Hinsicht gestützt auf die bidisziplinäre RAD-Abklärung vom Oktober 2019, der die Berichte der Schmerzkliniken des Inselspitals und des Spital Brig vorausgegangen waren (Bericht Inselspital vom 4. April 2019 [S. 573 ff.] und Bericht Spital Brig vom 19. September 2019 [S. 678 ff.]). Danach litt der Patient an einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren. Bezüglich der psychischen Situation lag noch eine depressive und ängstliche Störung vor. Es bestand eine

ausgeprägte Steifheit der Wirbelsäule, die degenerative und arthrotische Veränderungen zur Ursache hatte (S. 684). Der Patient hatte entlang der ganzen Wirbelsäule sowie die LWS Schmerzen angegeben. Neben diesen hatte er ein Ameisenlaufen und Kribbelparästhesien im linken Bein beschrieben. Er hatte über eine Konzentrationsschwäche, Schwierigkeiten bei der Arbeit, über ein Pochen in den Ohren und gelegentlich auch Sehstörungen geklagt. Der Schlaf sei sehr unterschiedlich (zwischen 3 und 4 Stunden, an guten Tagen auch 5-6 Stunden) und das Einschlafen sei oft erschwert gewesen. Am Morgen sei eine ausgeprägte Fatigueproblematik hindernd gewesen. Demgegenüber zeigte sich keine entzündlichen Veränderungen i.S.e. Spondyloarthritis oder einer Spondylitis (S. 574).

Bei der klinischen Untersuchung durch den RAD-Arzt im Oktober 2019 fand sich kein radikuläres Ausfallsyndrom, jedoch eine deutlich eingeschränkte Wirbelsäulenfunktion. Hinweise auf eine Spondylarthritis fehlten auch hier. In der psychiatrischen Untersuchung liessen sich keine schwerwiegende depressive Symptomatik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, kein gravierender Interesse- und Freudeverlust und keine anhaltende depressive Stimmungslage feststellen (S. 725). Allenfalls lag ein leicht geminderter Antriebsverhalten bei gesteigerter Ermüdbarkeit vor. Auch andere schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen waren nicht erkennbar. Gravierende kognitive Beeinträchtigungen fielen ebenfalls nicht auf. Die vom Versicherten beklagten Konzentrationsbeeinträchtigungen liessen sich auch nach fast 2-stündigem Gespräch nicht nachweisen. Es war stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD 10 F 45.41 auszugehen, wobei eine Behandlung in der Schmerzambulanz des Spitalzentrum Oberwallis aufgenommen worden war.

In schmerzpsychotherapeutischer Hinsicht absolvierte der Versicherte vom 13. Januar 2020 bis zum 6. Februar 2020 ein stationäres Schmerzprogramm, bei der die Testdiagnostik auf eine milde bis mässige Ausprägung der depressiven Symptomatik und eine Angstsymptomatik hinwies (S. 864). In somatischer Hinsicht fehlte es an einer aktivierten entzündlich-rheumatischer Erkrankung, jedoch waren degenerative und arthrotische Veränderungen schmerzursächlich, wobei es u.a. zur Diagnose einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren gekommen war.

3.4 Im Verlauf des Revisionsverfahrens fanden ambulante Settings im Rahmen der Schmerzpsychotherapie statt, die im Sommer 2021 bei guter psychischer Verfassung sistiert wurden (S. 835). Mit Bericht vom 22. März 2022 (S. 834 ff.) verwies die Schmerz-

linik auf die Schilderungen des Versicherten und Arztberichte, wonach dieser von psychischer Seite im Frühjahr 2022 mit vermehrt depressiver Symptomatik mit Gedankenkreisen, Energie-, Kraft- und Freudlosigkeit, vermehrtem sozialen Rückzug und ausgeprägten Schlafschwierigkeiten auf die verschlechterte somatische Situation reagiert hatte. Am 25. Mai 2022 (S. 862) folgerte die Schmerzlinik aus diesen Schilderungen auf das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode F 32.11.

In somatischer Hinsicht führte nach den erfolgten operativen Eingriffen im Oktober 2020 und den MRI's vom April 2021 der Wirbelsäulen chirurg am 8. April 2021 (S. 772) aus, die multifokale Schmerzproblematik könne auch nach Befundung der MRI's nicht klar eingeordnet werden. Bezüglich der LWS sei diese nicht abschliessend durch die degenerative Veränderung mit teilweise aktivierten Arthrosen sowie der Grunderkrankung erklärt. Die HWS-Problematik sei mit den fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen zu vereinbaren, bei aber fehlender klarer Symptomatik mit klarem Korrelat in der Bildgebung. Das Vorliegen einer Spinalkanalstenosen oder Foramenstenosen wurde verneint. Der Betriebsarzt diagnostizierte mit Bericht vom 17. Februar 2022 (S. 822 ff.) einen Zustand nach cardialen Stentings bei KHK 2007, 2010 und 2021, nach mehrfachen Wirbelsäulenoperationen, ein chronisches Schmerzsyndrom seit ca. 2008 und eine gemischte depressive – und Angststörung. In der Gesamtbewertung sei das Denken konzentriert auf die Schmerzen. Die Leistungsfähigkeit werde neben der Vorerkrankung durch das ausgeprägte, nicht ausreichend therapierbare Schmerzsyndrom beeinträchtigt. Als Folge der chronischen Schmerzen habe sich eine deutliche depressive Symptomatik entwickelt. Eine Konzentrationsfähigkeit über einen Zeitraum vom 3 Stunden sei gegeben. Administrative Arbeiten und das Erfassen und Archivieren von Dokumenten sei zumutbar.

3.5 Für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Februar 2020 war nach dem Gesagten von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD 10 F 45.41 ausgegangen und der Versicherte einer Schmerzambulanz unterzogen worden, bei der die Testdiagnostik auf eine milde bis mässige Ausprägung der depressiven Symptomatik und eine Angstsymptomatik hinwies (S. 864).

Den im strittigen Revisionsverfahren aufgelegten Berichten lässt sich in psychischer Hinsicht nichts entnehmen, was nicht bereits seit Längerem aktenkundig ist oder eine andauernde Veränderung des Gesundheitszustandes begründen könnte. Eine depressive Entwicklung wird aus ärztlicher Sicht immer wieder erwähnt (Hausarztbericht vom 30. November 2017 S. 453, Schmerzlinik mit Bericht vom 19. September 2019 S. 682,

RAD-Bericht vom 14. Oktober 2019 S. 725), wenn auch mit unterschiedlicher diagnostischer Einordnung. Auch eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F 32.11 wurde dokumentiert (Bericht vom Februar 2016 S. 313 f.). Um eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, ist eine veränderte Befundlage massgebend. Eine solch veränderte Befundlage kann hinsichtlich des psychischen Leidens mit den neu eingereichten Berichten der Schmerzlinik und dem Bericht des Betriebsarztes entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht glaubhaft gemacht werden. Unstrittig stehen die Beschwerden im Zusammenhang mit dem somatischen Leiden im Vordergrund, wobei dieses die depressive Störung beeinflusst. Sodann erweist sich der Bericht der Schmerzlinik vom Mai 2022 als nicht schlüssig, zumal er sich einzig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers stützt. Im Übrigen weist er kein Behandlungsprogramm auf, was sich bei einer mittelgradigen depressiven Episode als kaum nachvollziehbar erweist. Schliesslich wird, obwohl im März 2022 und Mai 2022 wortwörtlich identische Befunde erhoben wurden, im Bericht vom März 2022 keine psychiatrische Diagnose bzw. eine depressive/ängstliche Verstimmung gestellt, wogegen im Bericht vom Mai 2022 nun eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert wird. Insgesamt erweisen sich die Berichte der Schmerzlinik demnach als nicht beweiskräftig zur Glaubhaftmachung einer veränderten psychischen Situation. Nichts anderes lässt sich auch aus der Stellungnahme des Betriebsarztes vom 21. Juli 2021 (S. 809 f.) entnehmen, wenn er darlegt, in der Gesamtbewertung sei das Denken konzentriert auf die Schmerzen, wobei die Konzentrationsfähigkeit über einen Zeitraum von 3 Stunden gegeben sei und die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft seien. Wenn er schliesslich darlegt, der depressiven Symptomatik sei bisher keine Bedeutung beigemessen worden, so verkennt er, dass diese bereits im Oktober 2019 zu einer psychiatrischen RAD-Abklärung Anlass gab.

Auch in Bezug auf die somatische Gesundheitssituation zeichnete sich bis zum Erlass der strittigen Verfügung vom 15. Juni 2022 keine veränderte Befundlage auf. So führte der Wirbelsäulenchirurg am 8. April 2021 (S. 772 f.) aus, die multifokale Schmerzproblematik könne auch nach Befundung der MRI's nicht klar eingeordnet werden. Bezüglich der LWS könne diese nicht abschliessend durch die degenerative Veränderung mit teilweise aktivierten Arthrosen erklärt werden. Aktivierte entzündliche oder radikuläre Symptome fehlten. Neben den anhaltenden Beschwerden entlang der Wirbelsäule hatte der Versicherte anlässlich der rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Februar 2020 bereits über ein Ameisenlaufen und Kribbelparästhesien im linken Bein, über ein Pochen in den Ohren und einen gestörten Schlaf (zwischen 3 und 4 Stunden, an guten Tagen auch 5-6 Stunden) bzw. Einschlafen berichtet. Mithin verkennt der Beschwerdeführer,

dass er mit der Glaubhaftmachung von Schlafschwierigkeiten keine veränderte Befundlage geltend macht. Auch vermag er mit dem Bericht des Betriebsarztes vom 21. Juli 2021 in somatischer Hinsicht nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, zumal dieser den Zustand «als chronisches Schmerzsyndrom seit ca. 2008» diagnostizierte.

Schliesslich beruft sich der Beschwerdeführer auf das Schreiben von Dr. F _____, Rheumatologe, vom 20. Dezember 2022. Diese nach Erlass der Verfügung vom 15. Juni 2022 verfasste Stellungnahme ist grundsätzlich nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. BGE 131 V 242 E 2.1; Bundesgerichtsurteil 8C_557/2020 vom 28. Oktober 2020 E. 4.4), denn bei der Beurteilung des Falls ist auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen, mithin hier 15. Juni 2022. Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu den Akten gereichte Arztbericht des Rheumatologen datiert nach diesem Stichtag und dokumentiert die Befunde Ende Dezember 2022, womit er keine Rückschlüsse auf die im Verfügungszeitpunkt bestandene Situation erlaubt und sich somit nicht als aussagekräftig erweist. Daran vermag der Beschwerdeführer mit der allgemein gehaltenen Bemerkung, dass eine Verschlechterung bei entzündlichen Erkrankungen nicht plötzlich passiere, nichts zu ändern, zumal aufgrund des Arztberichtes auch nicht hervorgeht, ab wann eine allfällige Veränderung eingetreten wäre. Demzufolge ist für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der Verfügung der bis zum 15. Juni 2022 eingetretene Sachverhalt massgebend (Bundesgerichtsurteil U 283/98 vom 22. Mai 2000 E. 4.b).

Hinsichtlich der Herzerkrankung zeigte die am 11. August 2021 durchgeführte Koronarangiographie ausgezeichnete Resultate (S. 867), womit aus den hinterlegten Fachberichten nicht auf eine längerdauernde Verschlechterung und eine zusätzliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann.

Wie sodann die Beschwerdegegnerin richtig darlegt, vermag auch die eingereichte Arbeitsleistungseinschätzung des Arbeitgebers keine massgebende Verschlechterung glaubhaft zu machen. Zum einen ist es Aufgabe des Arztes, das Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit festzustellen, zum anderen hatte der Arbeitgeber bereits im Juli 2019 (S. 651) ausgeführt, der Versicherte erbringe bei einer Präsenzzeit von 50% eine Leistung von knapp 30%.

Insgesamt erweisen sich die eingereichten Unterlagen demnach nicht als beweiskräftig zur Glaubhaftmachung einer veränderten gesundheitlichen Situation.

3.6 Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass verglichen mit der letztmaligen materiellen Beurteilung eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft dargelegt wurde. Die Beschwerdegegnerin traf daher auch keine Pflicht zur Vornahme von weiteren Abklärungen des Sachverhalts.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

4.

4.1 Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 abs. 1^{bis} IVG) und auf CHF 500 anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

4.2 Einzig der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dadurch wird klargestellt, dass dem Beschwerdegegner - d.h. dem Versicherungsträger - kein Parteientschädigungsanspruch zusteht (Art. 61 lit. g ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich / Basel / Genf 2015, Art. 61 ATSG N. 199).

Das Kantonsgericht erkennt

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Kosten von CHF 500 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
3. Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 13. März 2023