

S1 22 81

URTEIL VOM 2. NOVEMBER 2022

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

in Sachen

X _____, , Beschwerdeführerin, vertreten durch A _____

gegen

KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten, Beschwerdegegnerin

und

Y _____, 3001 Bern, betroffener Dritter

(Art. 17 ATSG; Revision, Neuanmeldung, Resterwerbsfähigkeit)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. März 2022

Sachverhalt und Verfahren

A. Die X _____ Versicherte war als Raumpflegerin tätig, als sie sich am 11. Mai 2015 erstmals bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen anmeldete (Akten der Beschwerdegegnerin S. 2 ff.). Letztere holte die medizinischen Berichte ein und klärte die wirtschaftliche Situation ab (S. 41 ff.). Nachdem die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) unterbreitet worden waren, kam dieser nach einer psychiatrischen und rheumatologischen Abklärung (S. 168 ff., S. 174 ff., S. 211 f., S. 232 ff.) mit Berichten vom 12. Juni 2015 (S. 49 ff.), 16. November 2015 (S. 96 ff.) und 13. Oktober 2017 (S. 235 ff.) zum Schluss, der Versicherten sei eine leichte angepasste Tätigkeit zu 100% zuzumuten. Gestützt darauf erliess die Beschwerdegegnerin am 4. Dezember 2017 (S. 249 ff.) den ablehnenden Rentenentscheid, der mit Urteil des Kantonsgerichts Wallis vom 3. September 2018 (S1 18 5) bestätigt wurde.

B. Am 13. September 2021 (S. 310) meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin und machte mittels Berichten der Fachärztin für Schmerztherapie (Berichte vom 5. August 2021 und 4. Februar 2021, S. 304 ff.) eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes geltend. Gemäss der behandelnden Fachärztin war eine Teilberentung aufgrund der ausgeprägten somatischen Diagnosen realistisch (S. 304). Nachdem die eingeholten Akten dem RAD zur Beurteilung (S. 316 ff., 361 ff.) unterbreitet worden waren, lehnte die Beschwerdegegnerin mit Vorentscheid vom 16. Februar 2022 (S. 365 f.) und Verfügung vom 28. März 2022 (S. 384 ff.) das Leistungsbegehren ab. Die Versicherte sei seit dem 1. Juni 2021 wieder in der Lage, eine dem Rücken angepasste Tätigkeit zu 100% auszuüben und die Restarbeitsfähigkeit in diesem Rahmen entsprechend zu verwerten.

C. Mit Beschwerde vom 13. Mai 2022 an die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts erklärte sich die Beschwerdeführerin damit nicht einverstanden und machte geltend, gemäss behandelnder Ärztin sei der Entscheid nicht nachvollziehbar. Es liege eine erhebliche Rückenschmerzproblematik mit entsprechenden Voroperationen und der Implantation einer neuromodulativen Stimulation vor. Möglicherweise sei das SCS-System dem RAD nicht bekannt gewesen. Ferner sei der aktuelle psychische Gesundheitszustand überhaupt nicht abgeklärt worden. In den Akten finde sich lediglich ein zweijähriger Austrittsbericht des PZO. Überhaupt würden nur alte und keine aktuellen Berichte vorliegen. Sie sei jedoch seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Schliesslich beantragte sie, die unentgeltliche Rechtspflege. Der Beschwerde lag der Bericht der Fachärztin für Schmerztherapie vom 29. März 2022 bei. Die Ärztin erachtete

eine ausserkantonale EFL-Untersuchung sowie eine psychiatrische Beurteilung für sinnvoll.

Mit Entscheid vom 25. Juli 2022 wies das Kantonsgericht das Gesuch um unentgeltlichen Rechtsbeistand ab.

Vernehmlassend hielt die Beschwerdegegnerin am 4. Oktober 2022 an ihre Verfügung vom 28. März 2022 fest. Nachdem replizierend die Beschwerdebegehren aufrechterhalten wurden, schloss das Gericht am 11. Oktober 2022 den Schriftenwechsel ab.

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

Erwägungen

1. Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtswegs, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1, 126 V 30). In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]). In casu ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [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]), 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- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind neue IVG-Bestimmungen in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Ände-

rung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechts-
sätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-
folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44 f. mit
Hinweisen). Bei der Beurteilung von Dauersachverhalten wird im Sozialversicherungs-
recht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen
Sachverhalt abgestellt (vgl. BGE 144 I 81 E. 4.1 S. 86 f.; 132 V 215 E. 3.1.1; Bundesge-
richtsurteil 9C_201/2021 vom 15. Juni 2021 E. 5.1). Für den hier zu beurteilenden Fall
bedeutet dies, dass ein allfälliger Rentenanspruch nach Massgabe der ab dem 1. Januar
2022 geltenden Gesetzesbestimmungen zu prüfen ist, da der invalidisierende Zustand
von der Verwaltung am 28. März 2022 beurteilt wurde.

2.2 Strittig ist ein Leistungsanspruch in Form einer Rente, wobei bei den Parteien
Uneinigkeit in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit besteht.

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 (BGE 102 V 166). Dennoch sind Verwaltung
und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten ange-
wiesen. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung,
Diagnosestellung) und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich
welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden
sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen
dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 125 V 261
E. 4; 115 V 134 E. 2).

3.2 War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und
ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im
Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Renten-
anspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a
mit Hinweis). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird
die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht,
herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt
jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der
Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beein-
flussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheits-

zustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Bundesgerichtsurteil 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Bundesgerichtsurteil 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) 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 Ausgangssachverhalt 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 Aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon,

von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174 E. 4.3.1; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Nr. 5 zu Art. 59). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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, 135 V 465 E. 4.4; 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 diese Fachpersonen sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung 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. Es würde einen Verstoß gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 4.6).

4.

4.1 Die IV-Stelle stützte sich für die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Resterwerbsfähigkeit auf die Berichte der RAD-Ärztin. Diese erstattete ihre Stellungnahmen in Kenntnis der sich im IV-Dossier befindenden Berichte der behandelnden Fachärzte sowie des Hausarztes. Weiter lagen der Beschwerdegegnerin die Akten des Taggeldversicherers vor.

4.2 Im Rahmen der ersten Anmeldung wurde die Versicherte im Herbst 2017 bidisziplinär abgeklärt (S. 235). Dabei standen das chronische LWS-Syndrom bei St.n. Dekompression L4/5, St.n. Spondylodese L4-21 und Spinalkanalstenose L4/5 mit Anterolisthese neben einer mittelgradigen depressiven Episode F 32.1, DD posttraumatische Belastungsstörung F 43.1 bzw. DD dissoziative Störung F 44.8 im Vordergrund (S. 235). Eine

somatoforme Schmerzstörung wurde von den RAD-Gutachtern explizit verneint (S. 233), da die Ausprägung der Störung nicht derart schwerwiegend war, als dass die Versicherte nicht leichtere Alltagsaktivitäten noch hätte aufrechterhalten können. Bereits im Sommer 2016 hatte auch der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Hausarzt die Patientin als psychisch weitgehend stabilisiert eingeschätzt (S. 124 in fine). Gemäss RAD-Bericht war schliesslich im Februar 2018 keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Pathologie mehr ableitbar (Schlussbericht vom 15. Februar 2018, S. 275). In seinem Urteil vom 3. September 2018 sprach das Gericht den RAD-Berichten volle Beweiskraft zu und erachtete die im Gutachten attestierte volle Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus physischer und psychischer Sicht für zumutbar.

Am 13. Mai 2020 musste sich die Versicherte einer ventrodorsalen Spondylodese (Austrittsbericht vom 20. Mai 2020 S. 323 ff.) unterziehen. Die entsprechenden Berichte wurden am 26. November 2021 (S. 312) von der Beschwerdegegnerin einverlangt und hinterlegt (S. 320 ff.). Diesen kann entnommen werden, dass die im Vordergrund stehenden chronischen Schmerzen, insbesondere ausstrahlend auf die rechte Seite, Anlass für den operativen Eingriff gewesen waren.

Der an den operativen Eingriff erfolgte Reha-Aufenthalt vom 20. Mai 2020 bis 23. Juni 2020 diente der muskuloskelettalen Rehabilitation (S. 354). Als Ziel für die Rehabilitation wurde die Wiederherstellung der soziokulturellen Teilnahme ohne Unterstützung gesetzt. Ziele im Einzelnen waren die Selbstständigkeit in der Versorgung mit Hilfsmittel, die Verbesserung der Kraft der unteren Extremitäten sowie die Verbesserung des Gangs. Diese Ziele wurden gemäss Austrittsbericht alle erreicht. Im Zeitpunkt des Austritts war einzig eine weiterführende Physiotherapie indiziert. Der Allgemeinzustand war gut, die Versicherte war sehr motiviert, fröhlich und gab an, dass das soziale Umfeld, ihr Ehemann und die beiden Kinder sie im Haushalt und beim Einkaufen unterstützen würden (S. 356).

An der Verlaufskontrolle beim Facharzt für Orthopädie vom 29. Dezember 2020 (S. 322) klagte die Versicherte über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und an der Halswirbelsäule, wobei der Facharzt für Orthopädie ein MRI durchführen liess, welches normale Befunde ergab. Hinsichtlich der Lendenwirbelsäule sah er keinen Handlungsbedarf und verwies die Versicherte zur dezidierten multimodalen Schmerztherapie.

Am 4. Februar 2021 (S. 305) führte die Fachärztin für Schmerztherapie gegenüber dem Facharzt für Orthopädie aus, die Versicherte habe sich nach anderthalbjähriger Absti-

nenz in der Schmerzklinik gemeldet. Aktuell habe die Versicherte nicht immer Schmerzen. Sie mache zuhause Übungen, laufe Treppen und könne über 2.5 km in der Ebene spazieren gehen. Schmerzen würden an der rechten Fusssohle auftreten und gelegentlich schwellen der Fuss an. Sie habe dort auch weniger Kraft. Angiologisch sei gemäss Facharzt alles im Normbereich. Insgesamt hätten die Rückenschmerzen an Intensität abgenommen und die Opiate abgebaut werden können. Die Versicherte sei bei einer Reinigungsfirma zu 25% angestellt und erledige auch bei verschiedenen Familien privat Reinigungsarbeiten. Aktuell beziehe sie jedoch ein Krankentaggeld. Im Haushalt bügeln, kochen und erledige sie kleine Einkäufe. Das Staubsaugen sei mühsam. Die Fachärztin schlussfolgerte, es liege immer noch eine chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren vor, wobei sich die Rückenprobleme seit der letzten Operation deutlich verbessert hätten. Es dominiere aber weiterhin ein überwiegend neuropathisches Lumbovertebralsyndrom auf der rechten Seite und es liege, wie bereits früher, eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung vor. Grundsätzlich denke sie nicht, dass die Patientin in ihren früheren Beruf als Reinigungsfrau zurückkehren könne. Die Patientin solle ein Kraftaufbautraining absolvieren. Ausserdem sei diese aufgrund des ausgesprochenen neuropathischen Schmerzprofils für die Spinal Cord Stimulation (SCS) qualifiziert.

Mit Bericht vom 5. August 2021 (S. 304) ergänzte diese Fachärztin, die implantierte SCS habe bei der Versicherten eine mindestens 50%ige Schmerzreduktion erbracht, weshalb sie seit Juni 2021 wieder in der Lage sei, ein 30%iges Pensum als Reinigungskraft zu bewältigen. In einer angemessenen leichten körperlichen Arbeit könne man sich auch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorstellen. Aufgrund der ausgeprägten somatischen Diagnosen sei eine Teilberentung realistisch. Die psychische Situation könne sie nicht beurteilen, empfinde die Patientin jedoch als recht stabil.

Nach Vorlage dieser Akten kam der RAD am 26. November 2021 und 15. Februar 2022 (S. 316 und S. 361) zum Schluss, es sei zu einer vorübergehenden Verschlechterung infolge des operativen Eingriffs gekommen. Ab dem 1. Juni 2021 sei es jedoch der Versicherten wieder möglich gewesen, in einer angepassten leichten Tätigkeit voll zu arbeiten.

In ihrem Ergänzungsbericht vom 29. März 2022 (S. 402 f.) führte die Fachärztin für Schmerztherapie aus, die letzte Konsultation der Versicherten habe am 17. August 2021 stattgefunden. Die Versicherte habe damals ein sehr flottes Gangbild gezeigt und sei mit der SCS relativ gut klargekommen. Diese sei am 16. September 2021 von den Firmenvertretern kontrolliert und für voll funktionstauglich betrachtet worden. Seither sei die

Patientin nicht mehr in der Sprechstunde gewesen, was grundsätzlich als positives Zeichen zu werten sei. Einen Invaliditätsgrad von 0% halte sie für eine Rückenschmerzpatientin mit entsprechenden Voroperationen und Implantation einer Stimulation für so nicht gerechtfertigt. Aus der Erfahrung mit anderen SCS-Patienten sei schliesslich zu sagen, dass eine mindestens 50%ige Arbeitstätigkeit durchaus realistisch sei.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin bemängelt in ihrer Eingabe die Qualität der RAD-Beurteilungen. Möglicherweise sei diesem das SCS-System zu wenig bekannt gewesen. Die von den behandelnden Ärzten eingeholten Berichte seien wenig aussagekräftig und aktuellere (insbesondere hinsichtlich des psychischen Zustandes) würden fehlen. Schliesslich sei sie seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung.

4.3.2 Davon aber, dass die von ihr getätigten Abklärungen eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin erlauben, ging die Beschwerdeführerin – wie nachfolgend zu zeigen ist – zu Recht aus.

Sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten IV-Anmeldung wurden nämlich diverse Berichte der behandelnden Ärzte angefordert und dem RAD-Arzt zur Beurteilung unterbreitet. Dabei erstellte der RAD, der das gesamte Dossier gesichtet hatte, eine Anamnese, berücksichtigte die geklagten Leiden und legte das Zumutbarkeitsprofil für die (Rest-)Arbeitsfähigkeit fest. Aufgrund der Akten stand in der letzten Zeit ein neuropathisches Lumbovertebralsyndrom im Vordergrund, wobei es zu verlässlichen Abklärungen gekommen war. Eine wesentliche Funktionseinschränkung der Wirbelsäule oder des Gangbildes fand sich nach den operativen Behandlungen nicht mehr. In therapeutischer Hinsicht wurde eine SCS durchgeführt, welche eine weitere Schmerzreduktion erzeugte, daneben wurden Arzneimittel verordnet. Vorgängig waren Kraftaufbau- und Heimübungen verordnet worden. Da es ferner nach Abklärung beim Facharzt an einem neurologischen Befund fehlte, bestand auch kein Anlass für eine entsprechende Behandlung. Was schliesslich der psychische Befund anbelangt, steht fest, dass keine Hinweise auf eine psychische Instabilität oder gar eine Verschlechterung des psychischen Zustandes der Versicherten von den behandelnden Ärzten erfasst worden waren, was zweifelsfrei in den Akten der Ärzte Eingang gefunden hätte, wäre dies der Fall gewesen. Eine psychiatrische Problematik oder gar ein stationärer Aufenthalt lässt sich jedenfalls den Aktenberichten nicht entnehmen. Die Versicherte erwähnt zwar eine seit Jahren anhaltende psychotherapeutische Behandlung beim Hausarzt, dies allein vermag jedoch die Annahme einer gravierenden psychischen Einschränkung nicht zu begründen.

Vielmehr zeigen die Berichte und Schlussfolgerungen der behandelnden Ärzte auf, dass sich der psychische Zustand der Versicherten über längere Zeit schon stabilisiert hatte. Selbst die Fachärztin für Schmerztherapie weist auf einen behandlungsfreien Zeitraum hin und wertet diesen als positives Zeichen.

Mithin erweist sich der Sachverhalt - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - nicht als lückenhaft oder wenig inhaltsreich, weshalb der RAD gestützt auf die Akten eine Beurteilung vornehmen durfte.

4.3.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sind die hinterlegten Berichte der Ärzte, die sich immerhin über einen Zeitraum von mehreren Jahren erstrecken und eine letzte Konsultation im September 2021 erwähnen, auch in zeitlicher Hinsicht aussagekräftig. Der Einwand der Beschwerdeführerin zu dem in den Schlussberichten des RAD vermerkten Fragezeichen bei der Spinal Cord Implantation ist sodann unbehelflich. Tatsache ist, dass der genaue Zeitpunkt der Implantation nicht bekannt ist, weshalb ein Fragezeichen erfolgte. Der Umstand jedoch, dass die Fachärztin für Schmerztherapie in ihrem Bericht vom 4. Februar 2021 diese Behandlungsmethode als geeignet erachtete und mit Bericht vom 5. August 2021 die Implantation als vollzogen qualifizierte, spricht dafür, dass diese zeitnah erfolgt war, was zur Beurteilung der Sachlage genügt. Dass ferner der RAD-Ärztin, als Fachärztin für Innere Medizin und Zertifizierte Gutachterin SIM, die entsprechenden Kenntnisse in Bezug auf die Implantation und die Folgen einer SCS gefehlt hätten, kann nicht ernsthaft behauptet werden. Im Übrigen wies die RAD-Ärztin in ihrer Zusammenfassung der Berichte der Fachärztin für Schmerztherapie vom 4. Februar 2021 und 5. August 2021 explizit auf die geplante und durchgeführte SCS bei der Versicherten hin (S. 316), weshalb auch der Einwand der Beschwerdeführerin, dem RAD sei die SCS nicht bekannt gewesen, unbehelflich ist.

4.3.4 Schliesslich kann der IV-Stelle auch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) vorgeworfen werden, da sie auf die Einholung zusätzlicher Berichte beim behandelnden Hausarzt verzichtet hat, zumal sich aufgrund der Akten - wie oben dargelegt - kein psychiatrisches Korrelat ableiten liess und aufgrund der eingeholten Berichte zweifelsfrei hervorgeht, dass seit Langem einzig das neuropathische Lumbovertebralsyndrom im Vordergrund stand. Auf die Abnahme weiterer Beweise kann verzichtet werden, wenn man nach den von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem Ergebnis nichts mehr ändern (antizipierte Beweiswürdi-

gung). Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (BGE 140 I 285 E. 6.3.1). Im vorliegenden Fall vermögen weitere Beweismassnahmen am Ergebnis nichts zu ändern. Die von der Beschwerdeführerin beantragte psychiatrische Begutachtung ist nach dem Gesagten nicht erforderlich. Hinsichtlich der Einholung der Berichte des behandelnden Fach- und Hausarzt B _____ sei der Vollständigkeit halber ergänzt, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte aufgrund ihrer besonderen Stellung zum Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Sie haben vorweg selten Gründe, die Angaben ihrer Patienten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. In der Regel vertrauen sie ihren Patienten, was im Auftragsverhältnis auch erwünscht ist, jedoch ihre Objektivität beeinträchtigt (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 353 E. 3a/cc; EVG-Urteil I 419/03 vom 22. Oktober 2003). Die Regel ist daher, dass sie bei Expertisen bezüglich ihrer Patienten in den Ausstand treten (AHI 2003 S. 112 E. 3b/cc). Demgegenüber steht ein unbeteiligter Experte in einer anderen Position gegenüber dem Versicherten, was eine neutrale und objektive Schlussfolgerung ermöglicht. Die (allfälligen) Einwände des behandelnden Hausarztes vermögen daher die Schlussfolgerungen des RAD nicht zu entkräften. Letzterer liefert in seinen Berichten eine hinreichende Beweisgrundlage für die Beurteilung der Frage, ob und inwiefern der Beschwerdeführerin die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aus gesundheitlicher Sicht objektiv möglich und zumutbar ist. Die entsprechenden Beurteilungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind schlüssig und widerspruchsfrei. Es sind denn auch keinerlei Gründe ersichtlich, an der Richtigkeit dieser Erkenntnisse zu zweifeln. Die RAD-Berichte haben somit nach Massgabe der oben erwähnten Rechtsprechung volle Beweiskraft. Ferner 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. Dabei ist entgegen der Ansicht der Fachärztin für Schmerztherapie nicht von einem konkreten, sondern von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen, der auch eine beschränkte Anzahl von Nischenplätzen enthält.

4.3.5 Die Parteien und Ärzte stimmen schliesslich darin überein, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft (mit teilweise Heben / Tragen von schweren Gewichten, mit wenig Möglichkeit des Sitzens usw.) nicht mehr zumutbar ist. Aufgrund ihres LWS-Syndroms ist auch eine andere körperlich mittelschwere bis schwere sowie ausschliesslich stehende Arbeit ausgeschlossen. Solche Arbeiten/Tätigkeiten sind zu vermeiden. Demgegenüber spricht nichts gegen die Ansicht des RAD,

dass eine leichte, vorzugsweise wechselbelastende (sitzend/stehende) Arbeit ganztags zu 100% möglich ist. Diesen schlüssigen Folgerungen schliesst sich das Gericht daher an.

4.4 Aus all diesen Gründen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle auf die RAD-Berichte, welche sich inhaltlich mit den Berichten der Fachärzte decken, abstellte und aufgrund der Leiden der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zu 100% als zumutbar erachtete. Jedenfalls vermochten die Berichte der behandelnden Ärzte – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – keine erheblichen Zweifel an den Darlegungen des RAD zu begründen.

5. Die Beschwerde ist mithin unbegründet und abzuweisen.

6. Mit Entscheid vom 25. Juli 2022 wurde das Gesuch um unentgeltlichen Rechtsbeistand abgewiesen und ein Kostenvorschuss von CHF 500 geleistet.

6.1 Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren vor dem Kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf CHF 500 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Parteientschädigungen geschuldet (Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2020, Art. 61 ATSG N. 218; Art. 91 Abs. 3 VVRG).

Das Kantonsgericht erkennt

1. Der Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 500 werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.
3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Sitten, 2. November 2022