

VBE.2022.211 / ss / BR

Art. 123

Urteil vom 5. Dezember 2022

Besetzung

Oberrichterin Peterhans, Präsidentin
Oberrichterin Gössi
Oberrichterin Schircks
Gerichtsschreiber Siegenthaler

Beschwerde-
führer

A. _____
vertreten durch lic. iur. Serge Flury, Rechtsanwalt, Kasinostrasse 38,
5000 Aarau

Beschwerde-
gegnerin

SVA Aargau, IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
(Verfügung vom 6. Mai 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der 1968 geborene Beschwerdeführer meldete sich am 22. November 1999 erstmals bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Mit Verfügung vom 16. Oktober 2002 wurde ihm von dieser rückwirkend ab dem 1. Juli 2001 eine ganze Rente zugesprochen. Die 2004, 2006 und 2008 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren führten zu keinen rentenwirksamen Änderungen.

1.2.

Im Rahmen des von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens 2012 wurde dem Beschwerdeführer die IV-Rente mittels Verfügung vom 27. November 2013 in Anwendung von lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 per 1. Januar 2014 aufgehoben. Nach erfolglosem Wiedereingliederungsversuch erfolgte per 31. Oktober 2014 die definitive Einstellung der Rente.

1.3.

Am 10. Dezember 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Leistungsbezug an, zog die Anmeldung jedoch am 28. Dezember 2014 zurück. Am 9. Februar 2016 stellte er ein erneutes Leistungsbegehren, auf welches die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 nicht eintrat.

1.4.

Am 23. Mai 2019 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Im Zuge ihrer daraufhin getroffenen Abklärungen liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie sowie Pneumologie) durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Oberaargau, Langenthal, begutachten. Nach Eingang des am 8. April 2021 erstatteten MEDAS-Gutachtens und Rücksprache mit dem RAD verfügte die Beschwerdegegnerin schliesslich am 6. Mai 2022 – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – die Abweisung des Leistungsbegehrens.

2.

2.1.

Am 31. Mai 2022 erhob der Beschwerdeführer fristgerecht Beschwerde dagegen und beantragte Folgendes:

"1. Es sei die Verfügung vom 06.05.2022 aufzuheben.

2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, mindestens eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 42 %, zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 28. Juni 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

2.

Vorliegend handelt es sich beim Rentenbegehren des Beschwerdeführers vom 23. Mai 2019 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 166) um eine Neuansmeldung. Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist daher insbesondere, dass seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung im materiellen Sinn – hier der rentenaufhebenden Verfügung vom 27. November 2013 (VB 95) – eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.; 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das grundsätzliche Vorliegen einer neuansmeldungsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustands ist – nach Lage der Akten zu Recht – unbestritten; diesbezügliche Weiterungen erübrigen sich (vgl. BGE 119 V 347 E. 1a S. 349 f. mit Hinweis auf BGE 110 V 48 E. 4a S. 53).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 6. Mai 2022 (VB 211) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Oberrhein vom 8. April 2021 (VB 201; Fachdisziplinen: Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Pneumologie).

3.2.

Die MEDAS-Gutachter stellten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (VB 201.1 S. 11):

"- Chronisches zervikospindylogenes bis zervikobrachiales/zervikocephales Schmerzsyndrom (ICD-10M53.0/M53.1)

(...)

- Progredient zunehmende Rhizarthrose links sowie leicht beginnende Rhizarthrose rechts (ICD-10 M18.9)

(...)

- Dysthymia ICD-10 F34.1"

Die Gutachter hielten fest, dass weder seitens der inneren Medizin, noch der Pneumologie und der Neurologie Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten gestellt werden können. In diesem Zusammenhang seien auch keine relevanten Funktionseinschränkungen beschrieben worden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe infolge der diagnostizierten Dysthymia eine geringgradige Einschränkung der psychischen Belastbarkeit. Weitere Einschränkungen des Funktionsniveaus infolge einer psychiatrischen Störung seien nicht vorliegend. Infolge der aus rheumatologischer Sicht festgestellten Krankheitsbilder, insbesondere infolge des chronischen zervikospondylogenen bis zervikobrachialen/zervikocephalen Schmerzsyndroms sowie der Rhizarthrose links und leicht beginnenden Rhizarthrose rechts bestehe eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, sodass dem Beschwerdeführer lediglich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter ergonomischer Anpassung des Arbeitsplatzes möglich seien (VB 201.1 S. 12).

Die Gutachter führten weiter aus, dass die frühere Tätigkeit als Montagearbeiter (vgl. VB 201.1 S. 6) dem Beschwerdeführer aufgrund der rheumatologischen Beurteilung nicht mehr zumutbar sei. Dies gelte nicht für eine angepasste Tätigkeit. Namentlich seien ihm gestützt auf die rheumatologische Begutachtung leichte wechselbelastende Tätigkeiten im freien Arbeitsmarkt zumutbar. Dies unter Einhaltung ergonomischer Zusatzkriterien: An einem eventuell sitzenden Arbeitsplatz sollte die Arbeitsplatzergonomie optimal gewährleistet werden. Strikte zu vermeiden seien die fixierte Einhaltung einer Körperposition über längere Zeit, vor allem Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigehaltung, fließbandähnliche Arbeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen, vor allem in der proximalen Wirbelsäule, sowie Überkopfarbeiten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten sollte auf fünf Kilogramm limitiert werden. Berufliche Tätigkeiten mit repetitiven feinmanuellen Belastungen seien nur jeweils über eine kurze Phase möglich, grob manuell belastende Tätigkeiten seien nicht umsetzbar. Bei einer solchen Tätigkeit werde interdisziplinär eine sechs- bis siebenstündige Präsenzzeit im freien Arbeitsmarkt ohne zusätzliche Leistungsminderung als zumutbar erachtet. Optimalerweise sollte diese Tätigkeit 2 x 3 Stunden bzw. 2 x 3.5 Stunden täglich ausgeübt werden (VB 201.1 S. 14).

Weiter wird ausgeführt, dass sich die psychiatrisch aufgrund der Dysthymia festgestellte Leistungsminderung in der Höhe von 10 % (vgl. psychiatri-

sches Gutachten; VB 201.3 S. 54 f.) durch das rheumatologische Gutachten erübrige. Dies da dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine angepasste Tätigkeit von sechs bis sieben Stunden pro Tag zugemutet werde, während die psychiatrische Leistungsminderung sich lediglich auf eine Arbeitstätigkeit beziehe, welche während 8.5 Stunden täglich auszuüben wäre. Somit könne im Ergebnis bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht hauptsächlich auf die rheumatologische Beurteilung abgestellt werden (VB 201.1 S. 14).

4.

4.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5.

5.1.

Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen der polydisziplinären MEDAS-Begutachtung fachärztlich umfassend und in Kenntnis der Vorakten (VB 201.1 S. 5 ff.; 201.2–201.6 jeweils S. 5 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (VB 201.2 S. 27 ff.; 201.3 S. 27 ff.; 201.4 S. 27 f.; 201.5 S. 27 ff.; 201.6 S. 27 f.) untersucht. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen der beteiligten medizinischen Fachrichtungen und bezieht die entsprechenden Teilgutachten mit ein (VB 201.1 S. 8 ff.; 201.2; 201.3; 201.4; 201.5; 201.6). Es wurden diverse eigene Zusatzuntersuchungen durchgeführt (für eine Übersicht: VB 201.1 S. 4 f.; 201.7). Die Beurteilung der medizinischen Situation sowie die fachärztlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (VB 201.1 S. 8 ff.; 201.2 S. 34 ff.; 201.3 S. 36 ff.; 201.4 S. 29 ff.; 201.5 S. 35 ff.; 201.6 S. 30 f.). Das Gutachten wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme demnach gerecht (vgl. E. 4.1.), wovon auch RAD-Arzt Dr. med. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 23. November

2021 ausging (VB 210 S. 4). Das Gutachten ist somit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

5.2.

5.2.1.

Der Beschwerdeführer macht geltend, auf das MEDAS-Gutachten könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Insbesondere rügt er hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens, dass es sich bei der festgestellten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren um eine Diagnose handle, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (publiziert als BGE 143 V 418) aufgrund eines Standardindikatorenkatalogs abzuarbeiten seien, was vorliegend nicht geschehen sei (Beschwerde Ziff. II. 1).

5.2.2.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. März 2021 stellt Dr. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (VB 201.3 S. 51 f.):

"Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Dysthymia F34.1

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41

Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften und selbstunsicheren Anteilen, gemäss ICD-10 Z73.1"

5.2.3.

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht hinsichtlich der Beurteilung unklarer Beschwerdebilder auf die Arbeitsfähigkeit eine massgebliche Praxisänderung vorgenommen und ein strukturiertes Prüfungsraster mit einem Katalog von Indikatoren eingeführt (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.). Mit BGE 143 V 418 wurde der Anwendungsbereich dieser Indikatorenprüfung auf grundsätzlich alle psychischen Erkrankungen erweitert, damit auch auf die Dysthymia und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Dr. med. C. äussert sich im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens ausführlich zu den mit BGE 141 V 281 eingeführten Indikatoren. So sind dem Gutachten Ausführungen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (VB 201.3 S. 48 f.), zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg (VB 201.3 S. 49 f.), zu den Komorbiditäten sowie zur Persönlichkeitsdiagnostik bzw. den persönlichen Ressourcen (VB 201.3 S. 50), zum sozialen

Kontext (VB 201.3 S. 50 f.) und zur Konsistenz (vgl. VB 201.3 S. 51) zu entnehmen. Dies insbesondere und entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers auch in Bezug auf die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (s. besagte Stellen; vgl. zudem nachstehende E. 5.3.4).

Das Gutachten berücksichtigt damit sämtliche durch die Rechtsprechung (BGE 141 V 281) vorgegebenen Indikatoren hinreichend. Zudem sind die gutachterlichen Ausführungen nachvollziehbar begründet, womit die funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten psychischen Störung medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden. Das Gutachten stimmt daher mit den normativen Vorgaben der erwähnten Rechtsprechung überein. Es kann folglich unter diesem Gesichtspunkt ohne Weiteres auf die gutachterlichen Schlussfolgerungen abgestellt werden (vgl. statt vieler BGE 144 V 50 E. 4.3 und E. 6.1 S. 53 ff.).

5.3.

5.3.1.

Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters betreffend die Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung, aber auch der Dysthymia auf die Arbeitsfähigkeit sei unzutreffend. Unter Verweis auf die Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni 2021 (VB 207 S. 3 ff.), seien deren Folgen als deutlich stärker zu beurteilen. Dies erst Recht, wenn man die darin erwähnten Wechselwirkungen berücksichtige, welche der psychiatrische Gutachter unberücksichtigt gelassen habe (Beschwerde Ziff. II. 1 und 3).

5.3.2.

Dr. med. D. macht in der Stellungnahme vom 14. Juni 2021 zum psychiatrischen Teilgutachten vom 3. März 2021 im Wesentlichen geltend, dass die chronische Schmerzstörung mit somatoformer Überlagerung (gemeint ist wohl die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) eine hohe Chronifizierungstendenz mit starker Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit aufweise. Insgesamt sei die Erkrankung mit einer hohen Komorbidität von Schlafstörung, hypochondrischen Ängsten, depressiver Störung und Vermeidungsverhalten gekoppelt. Zudem würden immer wieder Phasen mit akuter Exacerbation der Schmerzzustände auftreten, welche zu akuten Krisensituationen und Krankschreibungen führen würden. Aus klinisch-medizinischer Sicht bestehe bei der chronischen Schmerzstörung mit somatoformer Überlagerung eine sehr eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Auch die Dysthymia weise einen chronischen Krankheitsverlauf, verbunden mit einer hohen Komorbidität von depressiver Störung, Angststörung etc. auf. Bei der zusätzlichen Komorbidität der chronischen Schmerzstörung und der Dysthymia könne

bei Auftreten einer Schmerzzunahme auch von einer Zunahme der Dysthymia ausgegangen werden, was sich dann als zusätzliche depressive Störung, Angstzustände, etc. ausdrücken könne, sodass insgesamt von einer sehr eingeschränkten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Aus klinisch psychiatrischer Sicht bestehe medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten von maximal 50 % (VB 207 S. 3 f.).

5.3.3.

Soweit die versicherte Person dem Gutachten die abweichenden Beurteilungen weiterer behandelnder Ärzte gegenüberstellen lässt, so trifft es zwar grundsätzlich zu, dass die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch einen behandelnden Arzt oft wertvolle Erkenntnisse zu erbringen vermag. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es aber nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2019 vom 10. September 2019 E. 3.4 mit Hinweisen). Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher geneigt sind, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 1 S. 14).

5.3.4.

Im psychiatrischen Teilgutachten legt Dr. med. C. dar, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der Dysthymia eine geringgradige Minderung der psychischen Belastbarkeit vorliege, was bei einer Vollzeitbeschäftigung (namentlich bei einer 8.5-stündigen Präsenzzeit) eine geringgradige Leistungsminderung von 10 % zur Folge habe (VB 201.3 S. 48 und 50 f.).

Auf die Frage der Auswirkungen der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ging Dr. med. C. insbesondere im Rahmen der Indikatorenprüfung (vgl. E. 5.2.3.) detailliert ein. Er hielt im Wesentlichen fest, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzempfindungen sowie deren subjektiv wahrgenommene Verstärkung und deren Auswirkungen im Alltag undifferenziert geschildert worden seien und objektiv nicht bestätigt werden könnten. Der Beschwerdeführer zeige im Umgang mit der Schmerzsymptomatik eine gewisse Passivität, agiere er doch aus einer Opfer- und Erwartungshaltung heraus. Obwohl er

erhebliche Schmerzen behauptete, bestehe kein relevanter Leidensdruck, welcher ihn für die Durchführung von intensiven Behandlungsmassnahmen oder Eigentherapie motivieren würde (VB 201.3 S. 48 f.). Entsprechend sei in den letzten Jahren auch keine regelmässige Physiotherapie und Eigentherapie durchgeführt worden. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2017 über drei Monate bei einem Arbeitsversuch im freien Arbeitsmarkt habe teilnehmen können, spreche aber durchaus für vorhandene psychische und körperliche Ressourcen, womit ihm weitere Wiedereingliederungsmassnahmen zumutbar seien (VB 201.3 S. 49).

Zudem hielt Dr. med. C. fest, dass die gestellten Diagnosen (Dysthymia und chronische Schmerzstörung) aus psychiatrischer Sicht keine Komorbiditäten begründen würden, die zur Folge hätten, dass der Beschwerdeführer die vorhandenen Ressourcen nicht adäquat ausschöpfen könnte. Es sei überdies weder eine Persönlichkeitsstörung feststellbar, noch sei eine soziale Isolation zu erkennen, welche das Leistungs- und Integrationsniveau einschränken würde (VB 201.3 S. 50 f.). Die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, einer beruflichen Tätigkeit aufgrund der Schmerzen nicht nachgehen zu können, sei mit psychopathologischen Befunden nicht zu begründen. Vielmehr bestehe dahingehend eine Selbstlimitierung. So bestehe durchaus die Möglichkeit, sich mit gegensteuernden Aktivitäten und mentalen Ablenkungsmassnahmen von der Schmerzsymptomatik distanzieren zu können. Damit würde er über ausreichend Ressourcen verfügen, um adäquat mit der Schmerzsymptomatik umgehen zu können, womit sich aus dieser keine Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit ergeben würden (VB 201.3 S. 51).

Der allfällige Einfluss der jeweiligen diagnostizierten Krankheitsbilder auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wird durch den psychiatrischen Gutachter im Rahmen des Gutachtens damit ausführlich und nachvollziehbar dargelegt. Dabei wird auch zu allfälligen Komorbiditäten – den vom Beschwerdeführer als unberücksichtigt gerügten "Wechselwirkungen" – explizit Stellung genommen. Demgegenüber vermag der behandelnde Psychiater Dr. med. D. in seinem Bericht vom 14. Juni 2021 (VB 207 S. 3 ff.) keine neuen Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung nicht bereits erkannt und gewürdigt worden wären (vgl. E. 5.3.3.), wovon auch RAD-Arzt Dr. med. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welchem der Bericht von Dr. med. D. vom 14. Juni 2021 zur Beurteilung vorgelegt wurde, in seiner Stellungnahme vom 23. November 2021 ausgeht (VB 210 S. 4).

5.3.5.

Es ist somit kein Grund ersichtlich, von der im psychiatrischen Teilgutachten festgehaltenen fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. C., welcher sowohl der Dysthymia als auch der chronischen Schmerzstörung nur eine

sehr geringgradige bzw. gar keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert, abzuweichen. Namentlich drängt sich auch aufgrund des durch den Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichts des behandelnden Facharztes Dr. med. D. vom 14. Juni 2021 (VB 207 S. 3 ff.) keine erneute fachärztliche Begutachtung auf.

5.4.

5.4.1.

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, es sei widersprüchlich, wenn im interdisziplinären Gutachten vom 8. April 2021 festgehalten werde, dass aus pneumologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert würde, während im pneumologischen Teilgutachten vom 3. Dezember 2020 ausgeführt werde, dass für den Beschwerdeführer aktuell keine körperlich belastenden Arbeiten in Frage kommen dürften. Er weist dabei insbesondere auf das im Belastungsprofil als zumutbar erachtete Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zu fünf Kilogramm hin (vgl. E. 3.2.). Dieser Widerspruch sei durch ein neues Gutachten auszuräumen (Beschwerde, Ziff. II. 2).

5.4.2.

Im pneumologischen Teilgutachten vom 3. Dezember 2020 stellt Dr. med. E., Facharzt für Pneumologie, folgende Diagnosen (VB 201.6 S. 30):

"Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Hyperventilationsepisoden insbesondere unter Belastung

Chronisches Schmerzsyndrom

Leichtes Übergewicht (BMI 29)"

Gestützt darauf hält er in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit fest, dass von pneumologischer Seite her keine Einschränkungen bestünden, "wobei angesichts der eingeschränkten maximalen Sauerstoffaufnahme Kapazität für den Patienten aktuell keine körperlich belastenden Arbeiten in Frage kommen dürften". Betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit führt er aus, dass "Arbeiten in einer ruhigen Umgebung ohne körperliche Belastung" von pneumologischer Seite her zumutbar seien (VB 201.6 S. 31).

Im interdisziplinären Gutachten wird sodann festgehalten, dass im Rahmen der pneumologischen Begutachtung keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden sei. Eine "eigentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit" werde aus pneumologischer Sicht nicht attestiert. Um das gesamte Leistungsniveau des Exploranden verbessern zu können, werde

ein regelmässiges körperliches Training sowie die Behandlung der Dekonditionierung empfohlen (VB 201.1 S. 9). Es ergäben sich keine Funktionseinschränkungen (VB 201.1 S. 12) und im Belastungsprofil wurden folglich keine pneumologischen Faktoren berücksichtigt (VB 201.1 S. 14, vgl. E. 3.2.).

5.4.3.

Hinsichtlich des Vorbringens des Beschwerdeführers ist hervorzuheben, dass (mit)ursächlich für die eingeschränkte maximale Sauerstoffaufnahme-kapazität, welche Grund für den gutachterlich erkannten aktuellen Ausschluss körperlich belastender Arbeiten bildet, gemäss dem entsprechenden Teilgutachten die Dekonditionierung des Beschwerdeführers ist. Diese sei gemäss Gutachter mit regelmässigem körperlichem Training behandelbar (VB 201.6 S. 30 f.). Eine solche Dekonditionierung stellt rechtsprechungsgemäss kein invaliditätsbegründendes Krankheitsbild dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2021 vom 30. März 2022 E. 5.3). Dr. med. E. attestierte denn auch keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und hielt fest, dass von pneumologischer Seite her keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden (vgl. vorige Erwägung), was er im Rahmen der Konsensbeurteilung sodann explizit wiederholt (vgl. vorige Erwägung) bzw. unterschriftlich bestätigt (VB 201.1 S. 15 f.).

Weiter gilt es zu erwähnen, dass Dr. med. E. im Rahmen des pneumologischen Teilgutachtens lediglich festhält, dass "keine körperlich *belastenden* Arbeiten in Frage kommen dürften" bzw. "Arbeiten in einer ruhigen Umgebung ohne körperliche *Belastung*" zumutbar seien (s. vorige Erwägung). Gemäss Zumutbarkeitsprofil des interdisziplinären Gutachtens werden dem Beschwerdeführer lediglich leichte wechselbelastende Tätigkeiten zugemutet, wobei das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten auf maximal fünf Kilogramm limitiert ist (E. 3.2.). Dabei kann weder bei leichten wechselbelastenden Tätigkeiten noch bei einer Gewichtslimitierung auf fünf Kilogramm von körperlich *belastenden* Tätigkeiten gesprochen werden. Damit wären solche durch das erwähnte Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ohnehin ausgeschlossen. Eine allfällige pneumologische Einschränkung hinsichtlich körperlich belastender Tätigkeiten würde damit nichts am interdisziplinären Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ändern.

5.4.4.

Aus den pneumologischen Befunden und Diagnosen ergeben sich somit keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zudem hätte selbst eine sich aus pneumologischer Sicht ergebende Unzumutbarkeit körperlich belastender Tätigkeiten keine Änderung des aus interdisziplinärer Sicht erstellten Zumutbarkeitsprofils des Beschwerdeführers zur Folge. Die Rüge erweist sich demnach als nicht stichhaltig.

5.5.

Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Ausführungen des Beschwerdeführers noch der Stellungnahme des behandelnden Facharztes Dr. med. D. vom 14. Juni 2021 Hinweise, welche geeignet sind, die Schlüssigkeit und Vollständigkeit des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS Oberaargau vom 8. April 2021 in Frage zu stellen (vgl. E. 4.2. hiervor; Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 f. mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind schlüssig und nachvollziehbar. Somit ist dem Gutachten – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – voller Beweiswert zuzuerkennen und es ist darauf abzustellen. Es ist demnach medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit und unter Einhaltung gewisser Zusatzkriterien (vgl. E. 3.2.) im Umfang von sechs bis sieben Stunden pro Tag gegeben.

6.

6.1.

Im Rahmen der Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei der Festsetzung des Invalideneinkommens keinen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne von BGE 126 V 75. Der Beschwerdeführer macht geltend, ihm sei ein solcher Abzug in der maximalen Höhe von 25 % zu gewähren. Dies aufgrund der sich wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung ergebenden Nachteile gegenüber einem gesunden Arbeitnehmer in gleicher Tätigkeit; namentlich aufgrund des engen Belastungsprofils, welches viele Tätigkeiten ausschliesse, welche gerade typisch für Arbeiten im Kompetenzniveau 1 seien, aber auch aufgrund der zusätzlichen pneumologischen Einschränkungen und der Präsenzzeit, welche bei 2 x 3 Stunden bzw. 2 x 3.5 Stunden täglich liegen solle (Beschwerde, Ziff. II. 4).

6.2.

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen

Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 19 f. mit Hinweisen).

6.3.

Gemäss dem beweiskräftigen polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 8. April 2021 ist der Beschwerdeführer in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit unter gewissen zusätzlichen Einschränkungen zu sechs bis sieben Stunden pro Tag, bestenfalls verteilt auf 2 x 3 Stunden bzw. 2 x 3.5 Stunden, arbeitsfähig (vgl. E. 3.2.). Die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers wurden dabei bereits umfassend bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung und der Definition des Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt, weshalb sie nicht zu einem zusätzlichen leidensbedingten Abzug führen können (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182 mit Hinweisen sowie E. 9.2.5 S. 194). Bezüglich der vom Beschwerdeführer behaupteten pneumologischen Einschränkungen kann derweil vollumfänglich auf die voranstehenden Ausführungen dazu (E. 5.4.) verwiesen werden.

Hinzu kommt, dass der von der Beschwerdegegnerin angewandte Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1 auf einer Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten basiert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2). Der Fächer der für den Beschwerdeführer zumutbaren beruflichen Tätigkeiten ist auch unter Berücksichtigung von dessen Belastungsprofil noch breit genug.

Der gesundheitlich bedingten eingeschränkten Präsenzzeit von sechs bis sieben Stunden pro Tag wurde im Rahmen der Invaliditätsgrad-Bemessung insofern Rechnung getragen, als bei der Berechnung des Invalideneinkommens 32.5 Wochenstunden (Arbeitstag à 6.5 Stunden [Mittelwert von sechs bis sieben Stunden; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_782/2019 vom 15. April 2020 E. 2.2]), entsprechend einem Pensum von gerundet 78 %, anstatt den üblichen 41.7 Wochenstunden (Arbeitstag à 8.34 Stunden) berücksichtigt wurden (VB 211 S. 1). Im Übrigen hat ein Pensum von 75 % oder mehr statistisch betrachtet bei Männern ohne Kaderfunktion im Vergleich zum Medianlohn gar eine *loohnerhöhende* Wirkung (BfS, Tabelle T18, 2020). Der Aufteilung der Präsenzzeit auf 2 x 3 Stunden bzw. 2 x 3.5 Stunden kann derweil – da sie nur als Optimum erwähnt wird – keine lohnrelevante Kausalität entnommen werden.

Daraus folgt, dass das Merkmal der leidensbedingten Einschränkung entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keinen Abzug vom Tabellenlohn zu begründen vermag. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass auch ein leidensbedingter Abzug von 10 % nicht für einen Rentenanspruch ausreichen würde. Ein leidensbedingter Abzug von mehr als 10 % wäre angesichts der nicht erheblichen Einschränkungen ohnehin nicht gerechtfertigt.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem polydisziplinären Gutachten vom 8. April 2021 (VB 201) voller Beweiswert zuzuerkennen ist (E. 5.), womit die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 6. Mai 2022 (VB 211) zurecht darauf abgestellt hat, und auch die sich darauf stützende Invaliditätsgrad-Berechnung nicht zu beanstanden ist (E. 6).

8.

8.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

8.3.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Zustellung an:
den Beschwerdeführer (Vertreter; 2-fach)
die Beschwerdegegnerin
das Bundesamt für Sozialversicherungen

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 5. Dezember 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

2. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Peterhans

Siegenthaler