



Fall-Nr.: IV 2020/87
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 16.06.2022
Entscheiddatum: 25.10.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 25.10.2021

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Umstritten ist die Beweiskraft eines polydisziplinären Gutachtens vom 9. Dezember 2019, welches dem unter einer arteriellen und einer koronaren Herzkrankheit sowie unter weichteilrheumatischen Beschwerden keine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit attestierte. Das Gutachten ist beweistauglich, die Beschwerde folglich abzuweisen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Oktober 2021, IV 2020/87).

Entscheid vom 25. Oktober 2021

Besetzung

Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2020/87

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach 48,
9620 Lichtensteig,



St.Galler Gerichte

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) wurde anlässlich eines stationären Spitalaufenthalts vom 4. bis 21. Juli 2017 eine Takayasu-Arteriitis diagnostiziert (Austrittsbericht der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 31. Juli 2017, IV-act. 52; Sprechstundenbericht PD Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie, Klinik für Rheumatologie des KSSG, vom 15. August 2017, IV-act. 9). Der Versicherte meldete sich am 27. November 2017 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Als Grund nannte er die diagnostizierte Takayasu-Arteriitis, Schwindel, Schmerzen am ganzen Körper, Kopfschmerzen, eine Blutgefässkrankheit und eine starke Müdigkeit. Der Gesundheitsschaden bzw. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 27. Juni 2017 (IV-act. 1). Das am 1. Februar 2015 angetretene Arbeitsverhältnis als Night Manager und Geschäftsführer bei der N.____ AG endete am 31. Oktober 2017 (IV-act. 1-6; IV-act. 13; Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 11).

A.b. Dr. B.____ hielt im Sprechstundenbericht vom 2. März 2018 fest, das allgemeine Befinden und die Schwindelsymptomatik hätten sich innerhalb der letzten Monate weiter verbessert. Fieber oder weitere Allgemeinsymptome seien nicht aufgetreten. Es bestünden allerdings weiterhin eine chronische Müdigkeit und Kopfschmerzen, die möglicherweise mit der Leflunomidtherapie assoziiert seien. Hinsichtlich der Vaskulitis seien derzeit keine Aktivitätszeichen vorhanden. Die Therapie werde gut vertragen. Die Genese der beklagten Gelenkbeschwerden sei nicht klar (IV-act. 22). Im Arztbericht



St.Galler Gerichte

vom 3. Mai 2018 führte er aus, in der MRI-Untersuchung vom November 2017 sei noch ein residueller Entzündungs-Zustand erkennbar. Die maximale physische Belastbarkeit und Dauerbelastbarkeit seien aufgrund der Erkrankung weiterhin deutlich reduziert. Im Hinblick auf die berufliche Reintegration solle insbesondere darauf geachtet werden, dass keine schweren körperlichen Tätigkeiten ausgeübt würden. Hierbei solle das Heben von Lasten über 10 kg wegen der Aorten-Beteiligung vermieden werden. Inwieweit sich die Situation weiter stabilisiere und eine bessere körperliche Belastbarkeit erreicht werde, könne derzeit noch nicht abschliessend beurteilt werden (IV-act. 25).

A.c. Mit Mitteilung vom 14. Februar 2019 wies die IV-Stelle das Gesuch hinsichtlich beruflicher Massnahmen ab, da der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 43).

A.d. Im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2019 führte Dr. B.____ aus, es bestünden weiterhin diffuse Schmerzereignisse im Bereich des Thorax und des Abdomens. Mit Hilfe mehrerer bildgebender Verfahren (MRI und PET-CT) sei eine weitgehende Rückbildung der Erkrankungsaktivität nachgewiesen worden, wobei im PET-CT-Befund vom Januar 2019 weiterhin eine Aktivität im Bereich der Aorta darstellbar sei. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit könne derzeit noch keine abschliessende Beurteilung abgegeben werden, da sich die Erkrankung weiterhin im Heilungsprozess befinde (IV-act. 38). Im Sprechstundenbericht vom 5. Juni 2019 hielt er fest, der Versicherte berichte über paravertebrale Beschwerden zunehmender Intensität und Schmerzen in mehreren Gelenken ohne klassische Entzündungszeichen. Die allgemeine Leistungsfähigkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt, sodass längere Spaziergänge möglich seien. Es sei anzunehmen, dass die Rückenschmerzen Ausdruck der Entzündung seien. Daher werde die Beurteilung geändert und eine Umstellung der Therapie auf Tocilizumab vorgenommen (IV-act. 53).

A.e. Der Auftrag der IV-Stelle für ein polydisziplinäres Gutachten entfiel auf das Medizinische Zentrum Römerhof (MZR; Gutachten vom 9. Dezember 2019; Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. D.____, Diplompsychologin Neuropsychologie, Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie; Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin spez. Angiologie,



St.Galler Gerichte

Dr. med. H.____, Fachärztin für Kardiologie; Untersuchungen vom 25./26. September, 11., 15., 23. und 29. Oktober 2019; IV-act. 77). Die Gutachter erhoben im Wesentlichen folgende Diagnosen:

- Verdacht auf koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt,
- Takayasu-Arteriitis mit Erstdiagnose im Juli 2017, im Verlauf und aktuell keine sicheren Hinweise mehr für eine Restaktivität (anamnestisch; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit),
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Adipositas
- chronifiziertes nicht näher spezifizierbares weichteilrheumatisches Beschwerdesyndrom im Sinne einer Fibromyalgie mit tendenziell generalisierender Tenderpointbildung in der oberen und unteren Körperhälfte und para-panvertebral sowie
- minimale neuropsychologische Störung mit/bei leichten Einschränkungen der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle und leichte Einschränkungen beim verbalen und visuellen Gedächtnis sowie beim Arbeitsgedächtnis (zum Ganzen: IV-act. 77-7 f., 44, 48, 69, 94).

Die Gutachter kamen zum Schluss, in der angestammten Tätigkeit im Gastrobetrieb mit Einsatz als Reinigungskraft mit Führungsposition bestehe aufgrund des weichteilrheumatischen Beschwerdebildes eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %, bezogen auf ein volles Pensum, seit 2011. Diese diene dazu, regelmässig kurze Erholungspausen einzuhalten (IV-act. 77-9, 51). In einer weniger belastenden, vor allem administrativen Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen und ohne Exposition in kalt-feuchtem Milieu (Fibromyalgie) bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 77-10, 52).



A.f. Der RAD-Arzt Dr. J.____ nahm am 18. Dezember 2019 Stellung, das Gutachten sei umfassend und schlüssig. Die medizinischen Schlussfolgerungen seien versicherungsmedizinisch nachvollziehbar. Die Indikatoren gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung würden eingehend erörtert. Entgegen des erhobenen Verdachts auf koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt sei jedoch festzuhalten, dass alle im Hinblick auf eine mögliche koronare Herzkrankheit durchgeführten Untersuchungen unauffällige Befunde ergeben hätten. Zwar empfehle die Kardiologin die Durchführung eines Coro-CTs, um eine koronare Herzkrankheit definitiv auszuschliessen. Der Versicherte habe jedoch in der Ergometrie 132 W leisten können, sodass mittelschwere Tätigkeiten möglich seien. Das empfohlene Coro-CT werde daran nichts ändern und das Untersuchungsergebnis müsse deshalb nicht abgewartet werden (IV-act. 78).

A.g. Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2020 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens um Rente. Gestützt auf die gutachterlich bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 0 % (IV-act. 82). Dagegen erhob das Sozialamt I.____ am 10. Februar 2020 Einwand. Es machte geltend, der Versicherte sei körperlich stark eingeschränkt, die Schmerzen seien schubförmig und liessen keinesfalls eine ganztägige Arbeit zu (IV-act. 87-1). Dazu reichte es eine Stellungnahme von Dr. B.____ vom 4. Februar 2020 ein. Darin führte dieser aus, unter Einsetzung von Leflunomid und Tocilizumab habe im Herbst 2019 eine gewisse Stabilisierung der Erkrankung erreicht werden können. Leider sei die Kostengutsprache zur Fortführung der Behandlung mit Tocilizumab im Oktober 2019 ausgelaufen, womit die Therapie habe beendet werden müssen. In der Folge habe der Versicherte über eine deutliche Verschlechterung der Allgemeinsymptome, insbesondere der allgemeinen Leistungsfähigkeit und der Rückenschmerzen, berichtet. Es handle sich um eine chronische Autoimmunerkrankung, deren Verlauf günstigenfalls unter einer suffizienten immunsuppressiven Therapie positiv beeinflusst werden könne. Das Ziel der Behandlung sei die Vermeidung von Folgeschäden an den Gefässen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Schmerzreduktion. Derzeit sei man von diesem Therapieziel noch entfernt und es sei aktuell auch nicht davon auszugehen, dass in den nächsten Monaten eine signifikante Besserung auftreten werde. Der Entscheid der IV sei nicht nachvollziehbar, da aufgrund der Krankheit zum jetzigen



Zeitpunkt und auch zukünftig die Erwerbsfähigkeit deutlich eingeschränkt sei (IV-act. 87-2 f.). Der RAD-Arzt Dr. J.____ äusserte sich am 4. März 2020 dahingehend, der behandelnde Arzt teile keine neuen objektiven Funktionseinschränkungen mit, die geeignet seien, Zweifel an der Richtigkeit des erstellten Gutachtens zu wecken. Vielmehr gebe er lediglich die subjektiven Angaben des Versicherten wieder. Versicherungsmedizinisch ergebe sich aus der vorliegenden medizinischen Stellungnahme keine Veranlassung, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (IV-act. 88). Mit Verfügung vom 5. März 2020 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mangels rentenbegründender Erwerbsunfähigkeit ab. Der mit dem Einwand vorgelegte Bericht von Dr. B.____ vermöge das beweistaugliche Gutachten nicht zu entkräften (IV-act. 89).

B.

B.a. Mit Beschwerde vom 4. Mai 2020 beantragt A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Roos, die Verfügung vom 5. März 2020 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben, die Sache sei zur Vornahme weiterer Sachverhaltsabklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen und das MZR-Gutachten vom 9. Dezember 2019 sei zu ergänzen. Er macht geltend, das Gutachten sei nicht durchgehend stringent und unvollständig. Aufgrund der stark auseinanderfallenden Einschätzungen und Beurteilung der teilweise identischen Diagnosen hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vornehmen und insbesondere die Stellungnahme von Dr. B.____ der Gutachterstelle mit Ergänzungsfragen unterbreiten müssen. Im Gutachten fehle eine Auseinandersetzung mit der diagnostizierten Takayasu-Arteriitis gänzlich. Ebenso seien ihm keine konkreten Aussagen zum Verlauf der Fibromyalgie während der vorangehenden neun Jahre zu entnehmen. Aufgrund des durchwegs positiven Resultats der Konsistenzprüfung sei nicht nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer nur subjektiv als arbeitsunfähig betrachte und objektiv keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollten. Der rheumatologische Gutachter habe keine körperlichen Leiden feststellen können und sei davon ausgegangen, dass die Beschwerden psychologisch-psychiatrischen Ursprungs seien, während die psychiatrische Gutachterin keine Diagnosen stellen und keine Arbeitsfähigkeitseinschränkung habe attestieren können.



Die als angepasst anzusehenden Tätigkeiten erforderten eine hohe Konzentrationsfähigkeit und viel Durchhaltevermögen. Diese fehlten bei ihm nachweislich. Die Beurteilung der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in angepasster Tätigkeit seien deshalb nicht nachvollziehbar. Die neuropsychologische Gutachterin habe nicht angegeben, ob bzw. inwieweit die von ihr festgestellte Ermüdbarkeit, Leistungseinbusse und Konzentrationsschwäche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Die Einschränkung von 0 % bzw. 20 % der Arbeitsfähigkeit sei nicht stringent zum vom Gutachter empfohlenen stationären Rehabilitationsaufenthalt (act. G 1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass keine sicheren Hinweise mehr für eine Restaktivität der Takayasu-Arteriitis bestünden und die anfallsbedingten Beschwerden in den letzten Monaten abgenommen hätten. Ob die beim Beschwerdeführer vorhandenen Beschwerden unter der Takayasu-Arteriitis oder unter der Fibromyalgie diagnostiziert würden, sei irrelevant, da letztendlich die funktionellen Auswirkungen der Befunde bzw. Diagnosen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und damit des Rentenanspruchs relevant seien. Diese seien vom Gutachter berücksichtigt worden, indem er in der angestammten Tätigkeit eine 20%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit festgestellt habe. Dr. B. ___ bringe keine neuen Tatsachen bzw. Anhaltspunkte vor, welche den Gutachtern entgangen wären. Aus seinen Ausführungen gehe klar hervor, dass ihm das polydisziplinäre Gutachten nicht vorgelegen habe, wodurch er sich auch nicht mit dessen Inhalt habe auseinandersetzen können. Dass die neuropsychologische Gutachterin keine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben habe, bewirke keinen Mangel des Gutachtens. Die Neuropsychologie stelle eine Hilfsdisziplin bei der gesamtmedizinischen Beurteilung dar und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit obliege grundsätzlich den Fachärzten und nicht den Psychologen (act. G 4).

B.c. Mit Replik vom 1. September 2020 bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten gehe nur am Rande auf die diagnostizierte Takayasu-Arteriitis ein, stelle lediglich auf die eigenen Befunde ab und lasse die Krankengeschichte sowie die Befunde des behandelnden Arztes völlig ausser Acht. Weitere in den Teilgutachten



dokumentierte Beschwerden (Thoraxschmerzen, übermässiger Harndrang, Müdigkeit etc.) hätten keinen Eingang in die Gesamtbeurteilung gefunden. In der Stellungnahme vom 18. Dezember 2019 setze sich der RAD-Arzt nicht mit den beanstandeten Mängeln des Gutachtens auseinander. Es bestünden objektive Anhaltspunkte, dass die medizinischen Gutachter wichtige Beurteilungsgrundlagen nicht berücksichtigt hätten, was nachzuholen sei. Es sei äusserst unwahrscheinlich, dass er ausschliesslich unter einer Fibromyalgie leide und dass folglich die Diagnose und Behandlung des behandelnden Arztes falsch gewesen wären. Da die Beschwerden schubweise verlaufen würden, sei davon auszugehen, dass er am Tag der Untersuchung kaum Symptome gehabt habe. Ein erneuter Erfolg der Behandlung mit Tocilizumab sei ungewiss und könne nicht einfach angenommen werden. Unabhängig von der tatsächlichen Tagesform sei er als Folge seiner Erkrankung seit Jahren faktisch arbeitsunfähig. Das Gutachten berücksichtige die Auswirkung der neuropsychologischen Einschränkungen und der nachweislich vorliegenden schnellen Ermüdung sowie der Konzentrationsschwächen auf die Arbeitsfähigkeit nicht (act. G 6).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 7. September 2020 auf eine Duplik (act. G 8).

Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.



Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen wie Fibromyalgie) und psychische Erkrankungen (wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen) ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.3. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines



Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3).

1.5. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

1.6. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das MZR-Gutachten vom 9. Dezember 2019. Strittig ist dessen Beweistauglichkeit. Im Wesentlichen hält der Beschwerdeführer das Gutachten für mangelhaft und unvollständig, da sich insbesondere der rheumatologische Gutachter zu wenig mit der vom behandelnden Rheumatologen gestellten Krankheit auseinandergesetzt und schlussendlich eine andere Diagnose als dieser gestellt habe. Zudem habe die neuropsychologische Gutachterin keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben, obwohl sie eine erhöhte Ermüdbarkeit, Leistungseinbusse und Konzentrationsschwäche festgestellt habe.



Aufgrund dieser Einschränkungen sei es auch nicht nachvollziehbar, weshalb eine Tätigkeit im Bereich administrativer Aufgaben, welche hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit stellen würde, als adaptiert erachtet werde.

2.1.

2.1.1. Der Beschwerdeführer gab im Rahmen der Begutachtung an, er leide unter Schmerzen am Hinterkopf, paracervikal und parathorakal (IV-act. 77-31, 36, 45, 56, 63, 77), sowie an den Schultern bzw. im Bereich der linken Schulter und lumbal (IV-act. 77-36, 77). Weiter berichtete er über eine verbliebene grosse, vor allem nachmittags auftretende Müdigkeit, derentwegen er sich jeweils nachmittags für zwei bis drei Stunden hinlege (IV-act. 77-30 f., 33, 56, 65, 78, 84).

2.1.2. Der behandelnde Dr. B.____ berichtete am 30. Januar und am 1. Februar 2019, aktuelle bildgebende Befunde (MRI, PET-CT) hätten eine weitgehende Rückbildung der Erkrankungsaktivität der Takayasu-Arteriitis nachgewiesen, wobei im Bereich der Aorta weiterhin eine Aktivität bzw. sehr diskrete Restentzündung darstellbar sei. Die Entzündungsparameter seien mit einer Ausnahme im Oktober 2018 (vgl. dazu Bericht vom 17. Oktober 2018, IV-act. 35-4 ff.) jeweils normal gewesen. Gemäss Bericht vom 5. Juni 2019 waren keine weiteren Zeichen einer Entzündung (wie Fieber etc.) aufgetreten (IV-act. 53). Neben den Arteriitis-Befunden im engeren Sinne erwähnte Dr. B.____ weitere vom Beschwerdeführer geschilderte Beschwerden: Im Bericht vom 17. Oktober 2018 ein wechselhaftes Befinden mit regelmässig auftretenden Gelenkschmerzen, ohne Arthritiszeichen, muskuläre Beschwerden und eine allgemeine Leistungseinschränkung (IV-act. 35-4 ff.), im Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2018 eine intermittierend, schubweise auftretende, lahmlegende Müdigkeit (IV-act. 35-1 ff.), im Bericht vom 30. Januar 2019 weiterhin diffuse Schmerzereignisse im Bereich des Thorax und des Abdomens (IV-act. 38) und in demjenigen vom 5. Juni 2019 zunehmende paravertebrale Beschwerden und Schmerzen in mehreren Gelenken (IV-act. 53). Bezüglich der Rückenschmerzen hielt er fest, diese stünden möglicherweise doch im Zusammenhang mit der Entzündung und die Therapie werde folglich auf Tocilizumab (Actamara) umgestellt (IV-act. 48, 53). Der Beschwerdeführer gab im Rahmen der Begutachtung an, im Verlauf habe er unter ausstrahlenden lumbalen Rückenschmerzen gelitten, wobei sich seit Beginn der Medikation mit Actamara und Pregabalin im Juni 2019 die Häufigkeit der zwei bis drei Tage andauernden Schmerzanfälle deutlich reduziert habe (IV-act. 77-33, 36, entsprechend Teilgutachten Innere Medizin S. 8 f., und IV-act. 77-45, 79).



2.1.3. Der rheumatologische Gutachter erhob als Hauptbefund eine tendenzielle generalisierende Tenderpointbildung an der oberen und unteren Körperhälfte und pan-paravertebral mit einem Widespread-Index von 15 (IV-act. 77-47). Der klinische Befund zeigte sodann eine geringe Schmerzprovokation L4/L5 ohne radikuläre Symptomatik und bei unauffälligem peripherem Gelenkstatus. Im Röntgenbefund war eine diskret beginnende Spondylarthrose L4/L5 beidseits ersichtlich (IV-act. 77-47). Gestützt auf diesen Befund und die Angabe des Beschwerdeführers, es sei bei ihm bereits im Jahr 2011 eine Fibromyalgie diagnostiziert worden, stellte der Gutachter diese Diagnose. Er hielt fest, als deren Symptome seien unspezifische Arthralgien mit erhöhter Ermüdbarkeit und subjektiv genereller Leistungseinbusse typisch (vgl. IV-act. 77-47, 49). Hinsichtlich der Takayasu-Arteriitis befand er, es werde eine fehlende respektive kaum mehr vorhandene Entzündungsaktivität unter entsprechender immunsuppressiver Behandlung bestätigt, was als positiver Krankheitsverlauf zu bewerten sei (IV-act. 77-49). Das weichteilrheumatische Beschwerdebild und nicht die Takayasu-Arteriitis seien für die aktuellen Einschränkungen dominant (IV-act. 77-49). Seitens der Takayasu-Arteriitis könne aktuell keine Aktivität mehr erfasst werden, weshalb sie die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Im Rahmen der Fibromyalgie finde er keine strukturell fassbare Änderung am Bewegungsapparat, es handle sich um eine Schmerzverarbeitungs- oder -wahrnehmungsstörung. Aufgrund dieser bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Leistungseinschränkung, weshalb diesem Faktor des Beschwerdebildes in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen werden müsse, zumal es sich um eine eher generalisierende Form von Tenderpoints mit einem Widespread-Index von 15 handle (IV-act. 77-50). In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft sowie in Führungsposition der Reinigungsequipe bestehe eine aufgrund erhöhten Pausenbedarfs um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 77-51). In einer weniger belastenden, vor allem administrativen Tätigkeit im Wechsel zwischen Sitzen und Gehen und ohne Exposition in kalt-feuchtem Milieu sei der Beschwerdeführer (aus rheumatologischer Sicht) zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 77-52).

2.1.4. Ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden der Takayasu-Arteriitis oder einer Fibromyalgie zuzuordnen sind, ist nicht relevant. Denn für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung massgebend ist nicht die Diagnose, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind (BGE 136 V 281 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2020, 9C_524/2020, E. 5.1 mit weiteren



Verweisen). Es kann daher nicht als Mangel des Gutachtens angesehen werden, dass der Gutachter die vom behandelnden Rheumatologen gestellte Diagnose Takayasu-Arteriitis lediglich als anamnestisch diagnostiziert anerkannte und aktuell keine Hinweise mehr auf eine Restaktivität feststellen konnte. Zudem begründete der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar, dass keine bzw. kaum eine Entzündungsaktivität vorhanden seien und die unspezifischen Arthralgien mit erhöhter Ermüdbarkeit und subjektiv genereller Leistungseinbusse als typische Symptome einer bereits im Jahr 2001 schon einmal diagnostizierten Fibromyalgie zu betrachten seien (IV-act. 77-49 f.). Entscheidend ist indes wie dargelegt, ob die sich aus den Beschwerden ergebenden Einschränkungen bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar berücksichtigt wurden. Ebenso ändert der Hinweis des rheumatologischen Gutachters auf die nicht ausgeschöpfte Behandlung der Fibromyalgie nichts an der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Dabei handelt es sich lediglich um eine Empfehlung, nicht jedoch um eine Massnahme, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch verbessern könnte, zumal diese für angepasste Tätigkeiten gemäss dem Gutachter bereits ohne die vorgeschlagene Rehabilitation 100 % beträgt.

2.2. Aus internistischer, angiologischer und kardiologischer Sicht wurden ebenfalls keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Die kardiologische Abklärung ergab eine normale systo-diastolische Funktion des linken Ventrikels. Bei der Fahrradergometrie war die Belastung wegen Oberschenkelschmerzen submaximal (Abbruch bei 132 W [63 % des Sollwertes]). Die Echokardiographie war von eingeschränkter Qualität, weshalb die Gutachterin zum Ausschluss einer relevanten Koronarstenose die Durchführung eines Coro-CT empfahl (IV-act. 77-99 f., 105). Der internistische Gutachter übernahm die Beurteilung der kardiologischen Gutachterin. Allerdings wurde die Aussage, dass bei einer Leistung von 132 W mittelschwere Tätigkeiten möglich seien, von ihm ergänzt (vgl. IV-act. 77-39 und IV-act. 77-100). Unter dieser Annahme ist schlüssig, dass er den Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit als - allerdings sich nur auf die qualitative Arbeitsfähigkeit auswirkend - aufführte (IV-act. 77-40). Der angiologische Gutachter erhob keine Hinweise auf eine klinisch relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit und keine venös auffälligen Befunde. Die vom Beschwerdeführer angegebenen subjektiven Beschwerden seien aus angiologischer Sicht nicht erklärbar. Aus fachspezifischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 77-59 f.). Auch diese Beurteilung ist mangels anderslautender Berichte behandelnder Ärzte nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer bemängelt denn auch diese Teilgutachten nicht explizit.



2.3.

2.3.1. In der psychiatrischen Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer, dass er sich nebst der vorhandenen Schmerzen und der Müdigkeit psychisch gut und nicht bedrückt fühle (IV-act. 77-77 f.). Auch die gezielte systematische Befragung ergab keine weiteren relevanten aktuellen Beschwerden (IV-act. 77-84 f.). Die Schmerzen hätten sich unter Pregabalin gebessert, so dass dieses vor eineinhalb Monaten bei reduzierten Schmerzen habe abgesetzt werden können. Seither leide er beim Lesen und Tätigkeiten am PC unter Konzentrationsstörungen. Auch im Verlauf seien keine psychischen Beschwerden aufgetreten (IV-act. 77-79). Weiter schilderte der Beschwerdeführer, der Vater sei gegenüber ihm und seinen Geschwistern brutal gewesen und habe ihn trotz seines Wunsches, die kaufmännische Ausbildung zu absolvieren, zur Verkaufslehre gezwungen. Auch habe er ab dem siebten Lebensjahr helfen müssen, Zeitungen zu vertragen und beim K.____ gearbeitet (IV-act. 77-80, 82). Als Rüster und Kommissionierer bei der L.____ sei er nach drei Jahren zum stellvertretenden Abteilungsleiter befördert worden. Auch habe er eine Profikarriere als Gamer verfolgt und später die Billardhalle in M.____ gekauft und geführt. Wegen des Rauchverbots und finanzieller Scheidungsfolgen habe er Konkurs anmelden müssen. Ab Ende 2014 oder Anfang 2015 habe er bei der N.____ AG in einer Diskothek Reinigungsarbeiten verrichtet und sei nach drei Monaten zum Chef der Abteilung über 25 Mitarbeitende und im April 2016 zum stellvertretenden Manager Assistant befördert worden. Er sei für administrative Belange verantwortlich gewesen, habe aber auch bei der Reinigung mitgeholfen. Er sei seit Juni 2017 zu 100 % krankgeschrieben gewesen und nach Ablauf der Sperrfrist gekündigt worden (IV-act. 77-82 f.; vgl. auch IV-act. 77-64 f.).

2.3.2. In der neuropsychologischen Untersuchung fielen eine sprunghafte und nicht sehr differenzierte Antwortweise sowie ein unkonzentriertes Zuhören auf (IV-act. 77-65). Die Symptomvalidierung war unauffällig. Die Testung zeigte eine minimale neuropsychologische Störung bei leichten Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle, des verbalen und visuellen Gedächtnisses sowie des Arbeitsgedächtnisses (IV-act. 77-69). Die neuropsychologische Gutachterin kam zum Schluss, ob diese Störung beim Beschwerdeführer eine funktionelle Einschränkung bewirke, könne aktuell aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschätzt werden (IV-act. 77-70). Während des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs waren Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Langzeitgedächtnis durchgehend ungestört (IV-act. 77-88). Im Übrigen war der psychopathologische Befund bis auf eine gegebenenfalls leicht erhöhte Psychomotorik unauffällig (IV-act. 77-88 ff.). Auch die



Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit gemäss Mini-ICF-APP waren nicht beeinträchtigt (IV-act. 77-90 ff.).

2.3.3. Die psychiatrische Gutachterin legte dar, die Diagnosekriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt und eine solche sei auch nie diagnostiziert worden. Die Schmerzen seien aus rheumatologischer Sicht erklär- und nachvollziehbar. Die minimalen neuropsychologischen Störungen hätten keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 77-95). Die psychiatrische Gutachterin kam zum Ergebnis, aus Sicht ihres Fachgebietes bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 77-96 f.). Dies erscheint nachvollziehbar. Weder ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer psychiatrisch behandelt worden wäre, noch beklagte er – ausser der Schmerzen – psychische Beschwerden. Die Einschränkungen durch die Schmerzen wurden vom rheumatologischen Gutachter gewürdigt und - obwohl ohne strukturelles fassbares Korrelat (IV-act. 77-50) – von diesem bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die gestellte Diagnose oft auch davon abhängt, aus Sicht welchen Fachgebiets sie gestellt wird: Der Rheumatologe wird in der Regel eine Fibromyalgie diagnostizieren, der Psychiater/ Psychotherapeut eine somatoforme Schmerzstörung (P. Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 06/2014, S. 515). Der rheumatologische Gutachter hat diese Gleichsetzung für den Beschwerdeführer ausdrücklich betont (IV-act. 77-50). Komplementär dazu und mit Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten hat die psychiatrische Gutachterin ausgeführt, es bestehe eine aus rheumatologischer Sicht erklär- und nachvollziehbare Fibromyalgie und auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen (IV-act. 77-95). Es trifft somit nicht zu, dass die Beurteilung der Schmerzen durch die Gutachter dem jeweils anderen Fachgebiet zugeschoben und somit nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen wäre oder dass sich das rheumatologische und das psychiatrische Teilgutachten widersprächen.

2.3.4. Der Beschwerdeführer bemängelt, dass die neuropsychologische Gutachterin keine eigene Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgegeben habe. Sie hat die von ihr erhobene *minimale* neuropsychologische Störung als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Dabei stellte sie leichte Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle, beim verbalen und visuellen sowie beim Arbeitsgedächtnis fest (IV-act. 77-69). Im Anschluss erwähnte sie, dass sich aktuell nicht einschätzen lasse, ob die Einschränkungen der Aufmerksamkeit beim Beschwerdeführer funktionell einschränkend seien (IV-act. 77-70). Hervorzuheben ist,



dass die Einschränkungen lediglich als minimal bezeichnet wurden und sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auswirken. Weiter hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich bei der Neuropsychologie nicht um eine selbständige Gutachtensdisziplin handle; entsprechend hat die psychiatrische Gutachterin das Ergebnis in ihre Einschätzung einbezogen. Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2021, 8C_11/2021, E. 4.2, mit Verweisen). Vorliegend berücksichtigte die psychiatrische Gutachterin die neuropsychologische Untersuchung und hielt fest, dass die erhobene minimale neuropsychologische Störung keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-act. 77-95).

2.4. Der geschilderte Tagesablauf des Beschwerdeführers beinhaltet Spaziergänge mit den Hunden, Gamen, bis die Rückenschmerzen zu stark würden, sowie die Zubereitung einfacherer Malzeiten. Alle zwei Tage habe er Physiotherapie bzw. Physiofit (IV-act. 77-30 f., 65, 84). An Tagen, an denen es ihm besser gehe, könne er den Haushalt selbständig besorgen, an schlechteren Tagen erhalte er Unterstützung von Nachbarn bzw. das Essen geliefert (IV-act. 77-46, 79). Befragt zu Ferienreisen gab er an, im Sommer 2019 sei er mit seinem Bruder und dessen Familie in O.____ gewesen und vor drei Wochen habe er seine Tochter in P.____ besucht. Er reise monatlich dorthin. Nach der 18-stündigen Reise dorthin (mit dem Flixbus) sei er jeweils für einen bis zwei Tage erschöpft (IV-act. 77-84, 86). Aufgrund der Schmerzen und Erschöpfung sei er nicht bzw. maximal an einem Tag pro Woche arbeitsfähig (IV-act. 77-41, 59, 83). Als belastende Faktoren erwähnten die Gutachter, dass der Beschwerdeführer durch die unerwartete Takayasu-Arteriitis unvermittelt arbeitsunfähig geworden sei und sich aufgrund der Beschwerden, die er dieser Erkrankung zuschreibe bzw. aus somatischer Sicht für gänzlich arbeitsunfähig halte (IV-act. 77-41, 59, 87). Als Ressourcen werden eine humorvolle Haltung, ein stabiles und stützendes soziales Umfeld mit guter Beziehung zu seiner Lebenspartnerin und seiner Tochter, die absolvierte Ausbildung, die bis zur Erkrankung stetige Arbeitstätigkeit, die Motivation für seine berufliche Wiedereingliederung, die (wohl fremd-)sprachlichen Kenntnisse und das Fehlen psychischer Belastungsfaktoren genannt. Seine schwierige Kindheit habe der Beschwerdeführer gut verarbeitet, was für eine gute Resilienz spreche (IV-act. 77-41, 51, 96). Zur Konsistenz hielt der internistische Gutachter fest, die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen parathorakal beidseits und parazervikal rechts seien nicht nachvollziehbar und es fänden sich darüber und über eine



verringerte Gehstrecke keine Angaben in den Akten (IV-act. 77-41). Bezüglich der Schmerzen cervical links und thorakal (vgl. Angaben in IV-act. 77-36, 45, 63 und in IV-act. 77-56, wo insbesondere auch Schmerzen im Hinterkopf- und Nackenbereich angegeben werden) sei eine gewisse Verdeutlichung ersichtlich (IV-act. 77-35). Der rheumatologische Gutachter führte aus, in vergleichbaren Lebensbereichen bestünden gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus, je nach Ausprägung des weichteilrheumatischen Beschwerdebildes. Der Leidensdruck sei mässig (IV-act. 77-51). Auch aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht ergaben sich keine Hinweise auf Symptomverdeutlichung oder Aggravation (IV-act. 77-70, 71, 96). Die Angaben zur Häufigkeit der Schmerzattacken sind nicht übereinstimmend (im Jahr 2018 zwei, im Jahr 2019 vier, im Juni und Juli 2019 keine [IV-act. 77-36]; im Jahr 2019 fünf oder sechs [IV-act. 77-77]; demgegenüber die Angabe, alle zwei Tage könne er sich vor Schmerzen kaum bewegen [IV-act. 77-64], wobei hier eventuell ein Missverständnis vorliegen und die Dauer der Schmerzen gemeint sein könnte). Insgesamt zeigt sich ein stimmiges Gesamtbild der Einschränkungen des Beschwerdeführers.

2.5. Das Gutachten ist nachvollziehbar und schlüssig, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und relevanten Befunde sowie die massgeblichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung kann daher abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung überzeugt insbesondere, da die Schmerzattacken lediglich sporadisch auftreten. Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierten Tätigkeiten berücksichtige nicht, dass es sich dabei vorwiegend um administrative Tätigkeiten handle, bei denen Einschränkungen der Konzentration zu berücksichtigen seien, ist festzuhalten, dass solche weder die neuropsychologische (vgl. IV-act. 77-69, wonach Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und gewisse Aspekte des Gedächtnisses nur leicht eingeschränkt seien, die Konzentration aber nicht erwähnt wird) noch die psychiatrische Gutachterin (vgl. IV-act. 77-88) erheben konnte (vgl. auch E. 2.3.4). Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die Aufnahme einer geregelten Arbeit sei wegen der durch die Takayasu-Arteriitis verursachten Beschwerden verunmöglicht. Obwohl die Gutachter die Konsistenz durchwegs als gegeben erachteten, würden sie von seiner subjektiven Einschätzung abweichen, was nicht nachvollziehbar sei. Dazu ist festzuhalten, dass sich die Konsistenz auf die Auswirkungen der Einschränkungen bezieht, insbesondere auf die Frage, ob diese in sämtlichen Alltagsbereichen in vergleichbarer Intensität vorliegen. Die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers hat demgegenüber die Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand, beinhaltet also zusätzlich die Auswirkung konsistenter Einschränkungen auf diese. Aus



der gegebenen Konsistenz der Einschränkungen kann daher nicht gefolgert werden, dass auf die subjektive Arbeitsfähigkeitsschätzung des Beschwerdeführers abzustellen ist. Betreffend die Berichte der behandelnden Ärzte ist auszuführen, dass diese keine von den Gutachtern nicht berücksichtigten objektivierten Tatsachen enthalten, welche die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen vermögen. Schliesslich ist bezüglich der Einschätzungen behandelnder Ärzte auch in Betracht zu ziehen, dass diese als Beauftragte eine andere Aufgabe wahrnehmen als Gutachter und sich die Sichtweise dadurch unterscheidet (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen; BGE 135 V 470, E. 4.5). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es 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 – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 5.2, mit Hinweisen). Wie bereits ausgeführt berücksichtigten die Gutachter, insbesondere auch der rheumatologische Gutachter, alle wesentlichen Aspekte wie die von den Behandlern gestellten Diagnosen und Befunde in ihrer Einschätzung (vgl. auch Diagnoseherleitung im rheumatologischen Gutachten, IV-act. 77-49 f.). Der Sachverhalt erweist sich folglich als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers von weiteren Abklärungen abgesehen werden kann.

2.6.

2.6.1. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer ab der Diagnose der Takayasu-Arteriitis im Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Bereits am 27. November 2017 meldete sich der Beschwerdeführer zum Leistungsbezug an, womit ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Juli 2018 gegeben ist, sofern zu diesem Zeitpunkt eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestand (Art. 28 Abs. 1 lit. b und lit. c IVG; Art. 29 IVG). Der Hausarzt Dr. P.____ attestierte dem Beschwerdeführer zwar bis zum 28. November 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Arztzeugnis vom 17. Oktober 2018, Fremddakten, act. 5-12). Im Arztbericht vom 18. April 2018 und im Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2018 nahm er jedoch keine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung vor, sondern verwies auf die Einschätzung des



Spezialarzte, namentlich des behandelnden Rheumatologen Dr. B.____ (IV-act. 20-1 ff.; IV-act. 35-1 f.). Dieser hielt im Verlaufsbericht vom 19. Januar 2019 fest, die Prednisolon-Therapie habe im Sommer 2018 beendet werden können. Bildgebend sei eine weitgehende Rückbildung der Entzündungsaktivität nachweisbar, die Entzündungsparameter seien bis auf eine Ausnahme im Oktober 2018 jeweils normal gewesen (IV-act. 38; vgl. auch Sprechstundenbericht vom 1. Februar 2019 (IV-act. 48). Im Bericht vom 5. Juni 2019 führte Dr. B.____ aus, die allgemeine Leistungsfähigkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt, so dass längere Spaziergänge möglich seien. Aufgrund einer Zunahme der verbliebenen paravertebralen Beschwerden werde die Medikation auf Tocilizumab umgestellt (IV-act. 53). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung führte dies zu einer weiteren Verbesserung (IV-act. 77-45; IV-act. 77-77). Damit erscheint die gutachterliche Einschätzung, wonach die attestierte Arbeitsfähigkeit während des ganzen erheblichen Zeitraumens bestand, nachvollziehbar. Bei Beendigung des Wartejahres im Juli 2018 bestand bereits keine Arbeitsfähigkeit mehr, welche einen Invaliditätsgrad von 40 % oder mehr begründete. Der Beschwerdeführer hat somit auch keinen befristeten Rentenanspruch.

3.

Der Einkommensvergleich (siehe angefochtene Verfügung, IV-act. 89) wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und erweist sich nach summarischer Prüfung als korrekt. Der Beschwerdeführer erzielte bei der letzten Arbeitsstelle sowie früheren Anstellungen ein Einkommen knapp unter bzw. um das Kompetenzniveau 1 der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE; siehe Anhang 2 der vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen IV-Textausgabe, Ausgabe 2019, S. 228, basierend auf der LSE). Grundsätzlich kann damit sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen vom gleichen Tabellenlohn ausgegangen und ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 5.1, mit Hinweisen). Bei der gutachterlich festgesetzten Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ergäbe sich selbst bei Gewährung des nach der Praxis höchstzulässigen 25%igen Tabellenlohnabzugs (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2021, 9C_568/2020, E. 8.1; BGE 134 V 327 E. 5.2) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40%. Somit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.



4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird ihm angerechnet.