

BVGer C-630/2020 vom 30. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-630_2020

FR: TAF C-630/2020 du 30 novembre 2021

IT: TAF C-630/2020 del 30 novembre 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz (vgl. dazu auch nachfolgend E. 2.2) durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich im Kanton C. _____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Frankreich Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle C. _____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2020 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen. Zwar wurde zunächst offenbar ein undatiertes Verfügungsexemplar am 31. Dezember 2019 fälschlicherweise von der kantonalen IV-Stelle direkt der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zugestellt (IVSTA-act. 178). Da dies aber keinen Rechtsnachteil für den Beschwerdeführer zur Folge hatte und ein solcher auch nicht geltend gemacht wird, ist darauf nicht weiter einzugehen. Die Verfügung der IVSTA vom 20. Januar 2020, mit der das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. Januar 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 15]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise 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 zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 5.4

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

E. 6

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 6.1

Der Beschwerdeführer steht wegen eines allergischen Asthmas seit dem Jahr 2008 beim Pneumologen Dr. med. H. _____ in Behandlung (IVSTA-act. 80 S. 24). Dieser diagnostizierte im November 2008 eine Pneumonie der linken Lunge (IVSTA-act. 80 S. 22 f.). Im Bericht vom 6. August 2014 hielt er fest, dass sich das allergische Asthma infolge Expositionen am Arbeitsplatz mit Öldämpfen verschlimmert habe (IVSTA-act. 22.26).

E. 6.2

Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 29. Oktober 2014 als Diagnosen einen Verdacht auf ein «Work associated Asthma» bei bekannter Milbensensibilisierung und Ekzemen sowie eine koronare Herzkrankheit mit Status nach dreimaligem Myokardinfarkt. Am aktuellen Arbeitsplatz sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben. An einem anderen Arbeitsplatz ohne jegliche Exposition gegenüber Essenzen oder Emissionen von Duftstoffen, Gerüchen oder Staub sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (IVSTA-act. 14 S. 3 ff.).

E. 6.3

Die SUVA liess den Beschwerdeführer in der Poliklinik für Allergologie des J. _____ abklären. Im Bericht vom 21. November 2014 wurde ein Asthma bronchiale mit rezidivierendem Auftreten schwerer Dyspnoeattacken am Arbeitsplatz und Beschwerdefreiheit seit fehlender Exposition gegenüber irritativ wirksamen Substanzen am Arbeitsplatz diagnostiziert. Weiter wurden eine allergische Rhinokonjunktivitis, ein bekanntes atopisches Ekzem und ein Status nach vier Myokardinfarkten als Diagnosen genannt. Bei einer konsiliarisch durchgeführten Lungenfunktionsuntersuchung hätten sich keine obstruktiven oder restriktiven Ventilationsstörungen gezeigt, ein Methacholintest habe aber eine schwergradige bronchiale Hyperreagibilität ergeben (IVSTA-act. 22.61). Das Vorliegen einer Immundefektkrankheit (Hyper-IgE-Syndrom) wurde nach Abklärungen in der Immunologie der Poliklinik J. _____ ausgeschlossen (Bericht vom 9. Dezember 2014; IVSTA-act. 43).

E. 6.4

Die SUVA-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrer Beurteilung vom 5. Dezember 2014 fest, dass ein «Work aggravated Asthma bronchiale» bei vorbestehendem allergischem Asthma auf diverse inhalative Allergene sowie Milben vorliege. Die Hautbefunde seien als atopisches Ekzem zu beurteilen. Es müsse allerdings davon ausgegangen werden, dass auch hier die Exposition gegenüber den betreffenden Arbeitsstoffen von klinischer Relevanz sei. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die beim Schleifen entstandenen Aerosole aufgrund einer endogenen Störung der Barrierefunktion bei atopischer Dermatitis bei Kontakt mit der Haut Irritationen hervorrufe (IVSTA-act. 22.68). In einer weiteren Beurteilung vom 30. April 2015 hielt sie fest, dass für den Beschwerdeführer künftig nur noch Tätigkeiten mit leichten bis mittelschweren körperlichen Belastungen in einer Umgebung, welche keine atemwegsreizenden Substanzen sowie keine erhebliche Staubbelastung aufweise, zumutbar seien. Ebenfalls wirkten sich Expositionen gegenüber Räuchen und Dämpfen sehr ungünstig aus. Sie werde den Erlass einer Nichteignungsverfügung für die Tätigkeit als CNC-Mechaniker veranlassen. Diese werde aber nicht aufgrund eines durch den Beruf verursachten Asthma bronchiale ausgestellt. Es liege keine Berufskrankheit im eigentlichen Sinne vor, sondern eine beruflich bedingte Verschlimmerung eines seit Jahren vorbestehenden Asthma bronchiale (IVSTA-act. 58.93).

E. 6.5

Im Bericht der Institution F. _____ vom 16. September 2015 betreffend Arbeitstraining vom 3. Februar bis 2. September 2015 wurde festgehalten, dass die vereinbarten Ziele nicht wie geplant hätten erfüllt werden können. Im ersten Auftrag habe das Pensum des Beschwerdeführers von 80 % stufenweise auf ein 100 % gesteigert werden können. Er sei zuerst in der Mechanik, dann in der Montage eingesetzt worden. Gegen Ende des ersten Auftrags habe sich klar abgezeichnet, dass das 100 %-Pensum den Beschwerdeführer überfordere bzw. einen negativen Einfluss auf seine gesundheitliche Situation habe. Insgesamt sei er in den ersten drei Monaten des Arbeitstrainings elf ganze Tage ausgefallen, sechs davon aufgrund starker Bronchitis. Aus diesem Grund sei das Pensum auf einen halben Tag reduziert worden. In den nächsten vier Monaten sei es trotz der Reduktion des Pensums nochmals zu einem Arbeitsausfall von sieben Tagen (Bronchitis) gekommen. Nach den Arbeitsversuchen in den verschiedenen Abteilungen mit den unterschiedlichen, aber dennoch leichten Emissionen und der Erkenntnis, dass sich der gesundheitliche

Zustand des Beschwerdeführers nicht wirklich stabilisiert oder verbessert habe, sei er zurzeit ihrer Meinung nach nicht in den ersten Arbeitsmarkt vermittelbar. Ein Arbeitsplatz, an dem er annähernd keinen Luftemissionen ausgesetzt sei, sei praktisch nicht wirklich vorhanden (IVSTA-act. 69).

E. 6.6

Im Bericht der D._____ vom 26. Oktober 2015 betreffend die berufliche Abklärung vom 7. September bis 2. Oktober 2015 wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer gezeigt habe, dass er sowohl qualitativ als auch quantitativ eine gute Leistung erbringen könne. Er sei motiviert und könne seine Fähigkeiten abrufen. Das Potential sei hoch, Stärken seien im technischen Bereich, in der Raumvorstellung und im Rechnen zu finden. Aktuell sei die Eingliederung in die Privatwirtschaft nicht möglich, weil noch medizinische Abklärungen anstünden. Der Beschwerdeführer selbst sehe sich in Räumen nicht mehr arbeitsfähig. Vielmehr wolle er Berufe im Freien ergreifen. Diese seien aber allesamt zu schwer, und er wäre Pollen ausgesetzt. Ausserdem sei dieser Weg wirtschaftlich kaum umsetzbar. Die Berufsberater erachteten es aufgrund seiner Fähigkeiten und seiner Interessen am sinnvollsten, einen Beruf im technischen Bereich, etwa Zeichner, Fachmann Logistik, Prozessfachmann, Projektleiter oder Tätigkeit AVOR, anzustreben. Diese Auswahl sei leider theoretisch geblieben, weil sich der Beschwerdeführer nicht auf Tätigkeiten in Räumen habe einlassen können. Er vertrete vehement die Ansicht, dass er nur noch draussen arbeiten könne. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer während der Abklärung zu keinem Zeitpunkt Schmier-, Gleit- und Kühlmitteln oder groben Stäuben ausgesetzt gewesen sei. Es sei denn auch zu keinem Aufflammen des Ekzems gekommen. Husten sei aber der ständige Begleiter des Beschwerdeführers gewesen. Es sei wiederholt festgestellt worden, dass das Husten unabhängig von der Belüftung des Raumes gewesen sei. Er habe bei offenen und geschlossenen Fenstern gleichermassen gehustet. Es sei aufgefallen, dass er in einem geschlossenen Raum (Heizperiode) auch stundenlang ohne Hustenstoss arbeiten können, wenn er auf seine Arbeit konzentriert gewesen sei. Darauf angesprochen habe er das bestätigt. Wenn sich ihm eine vorgesetzte Person genähert habe, habe das ebenfalls Husten ausgelöst. In einem auswärtigen einwöchigen Arbeitsversuch in einer Gärtnerei, wo der Beschwerdeführer nur draussen gearbeitet habe, habe er deutlich weniger gehustet, aber ein ähnliches Verhalten gezeigt (IVSTA-act. 75).

E. 6.7

Im zuhanden der SUVA erstellten pneumologischen Gutachten vom 13. Juni 2016 diagnostizierte Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Innere Allgemeine Medizin und für Pneumologie, ein anamnestisches Asthma bronchiale, bei nachgewiesener Atopie, «transient work aggravated» durch Exposition gegenüber Schleifölen und eine bronchiale Hyperreagibilität. Weiter erwähnte er eine Rhinitis allergica bei Zustand nach ORL-Eingriff 2007 (Septum-Deviation, Polypen), ein atopisches, vorübergehend durch Exposition am Arbeitsplatz verschlimmertes Ekzem sowie eine koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Myokardinfarkten und Stentimplantationen (2010, 2011). Aufgrund des klinischen und spirometrischen Verlaufs (nach der Kündigung) und des Umstands, dass keine späteren Exazerbationen aktenkundig seien, welche einen systemischen Einsatz von Kortison erfordert hätten, sowie den aktuellen Untersuchungsbefunden (normale pulmonale Auskultation und normale funktionelle Befunde) ging der Gutachter davon aus, dass das Asthma sich nur vorübergehend und nicht dauerhaft durch die berufliche Exposition

verschlechtert hatte. Der Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer für Tätigkeiten, bei denen er nicht gegenüber den Atemwegen reizenden Aerosolen, Gasen oder Dämpfen ausgesetzt sei, zu 100 % arbeitsfähig sei (IVSTA-act. 86.9).

E. 6.8

Gestützt auf einen Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. med. Q. _____ vom 4. November 2016 (Belastungs-EKG; IVSTA-act. 103) kam der RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, dass die kardiale Situation beim Beschwerdeführer nur noch eine leichte Tätigkeit zulasse (IVSTA-act. 104).

E. 6.9

Im Bericht der Institution F. _____ vom 2. Februar 2017 betreffend berufliche Abklärung vom 18. Oktober 2016 bis 17. Januar 2017 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Aufgaben im KV-Bereich grundsätzlich ohne grössere Probleme habe bewältigen können. Generell schein sich die Problematik der Hautausschläge und des Hustens einigermaßen mit den Arbeiten in einem Büro zu vertragen. Es sei ihm ermöglicht worden, Botengänge auszuführen, bei denen er teils frische Luft habe schnappen können. Klar ersichtlich sei aber gewesen, dass sich sein Husten im Lauf der Woche täglich ein wenig gesteigert habe. Subjektiv sei der Eindruck entstanden, dass der Husten nicht so stark vorhanden gewesen sei, wenn er sich auf die Arbeit konzentriert habe. Es sei aber nicht erkennbar gewesen, dass er vermehrt gehustet habe, wenn Fachpersonal in der Nähe gewesen sei. Auf Dämpfe des Leimstifts bzw. Klebers habe er relativ schnell in Form von Rötungen im Gesicht reagiert. Im Zeitraum der Abklärung bezüglich der beruflichen Möglichkeiten im Bereich Konstruktion bzw. Prozessfachmann schienen sich seine gesundheitlichen Probleme verstärkt zu haben. Er habe in dieser Zeit vermehrt unter stärkeren Ausschlägen und unter Husten gelitten, teils auch verbunden mit Atemnot. In der ganzen Abklärungszeit sei er während einiger Tage ausgefallen. Eine Umschulung im KV-Bereich wäre am ehesten möglich. Der Beschwerdeführer zeige sich motiviert und verfüge über Grundwissen im kaufmännischen Bereich. Inwieweit dies aus gesundheitlicher Sicht durchgeführt werden könne, könne nicht abschliessend beurteilt werden. Am Ende des Zeitraums der Berichterstattung habe das stabil erreichte Pensum bei 100 % gelegen. Unter Berücksichtigung der Krankheitstage und der Arzttermine habe das Pensum durchschnittlich bei 86.3 % gelegen. Die Leistungsfähigkeit im KV-Bereich wurde mit 70 %, jene im Bereich Konstruktion bzw. Prozessfachmann mit 60 % eingeschätzt. Leistungsmindernd seien die gesundheitlichen Ausfälle, das fehlende Fachwissen und die zusätzlichen Pausen (IVSTA-act. 116).

E. 6.10

Auf Anraten des RAD wurde der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten der G. _____ in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Pneumologie, Psychiatrie, Otorhinolaryngologie und Kardiologie polydisziplinär begutachtet (IVSTA-act. 158).

E. 6.10.1

Im Gutachten vom 18. April 2019 wurden unter Berücksichtigung aller Fachdisziplinen die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Koronare Herzkrankheit (ICD-10: I25.1) - PCI und 2-fach beschichtete Stenteinlage 2010 bei Angina pectoris - PCI und einfach beschichtete Stenteinlage 2011 bei Angina pectoris - Aktuell: - Gute links- und rechtsventrikuläre Funktion (LVEF 55%) - Keine regionalen

Wandbewegungsstörungen - Kein Hinweis auf Belastungskoronarinsuffizienz bis 83 W - Hinweise auf diastolische Relaxationsstörung - Minimale Aortenklappeninsuffizienz - Mehrere kleine echoreiche Plaques im rechten Carotisbulbus - Chronischer Husten unklarer Ätiologie (ICD-10: R05) - Funktionell bedingt - Keine Hinweise auf klinisch relevantes Asthma - Gastro-ösophageales Refluxgeschehen? Andere Hustenursache? - Nasale Hyperreagibilität (ICD-10: J34.8) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter: - Erhöhte oronale Sensibilität mit stark erhöhtem Würgeiz - Allergisierung auf Milben, Tierhaare und Pollen (ICD-10: J30.3) - Funktionelle Dysphonie (ICD-10: R49.0) - Periarthropathia humeroscapularis calcarea der Supraspinatussehne links (ICD-10: M75.3) - klinisch eingeschränkte Aussenrotation Schulter links - Anamnestisch Gonalgien links unklarer Ätiologie (ICD-10: M25.56) - Wirbelsäulenfehlstatik (thorakale Hyperkyphose, dorsaler Übergang, leichte Skoliose) (ICD-10: M40.04, M41.95) - Haltungsinsuffizienz - Degenerative Veränderungen der HWS (initiale Osteochondrose HWK4-6 mit begleitender Spondylose, leichte Unkovertebralspondylose HWK5-7 beidseits, Spondylarthrose HWK3/4 > HWK4/5) ohne fassbare klinische Pathologien (ICD-10: M47.82) - Cardiovasculäre Risikofaktoren - Hypertonie (ICD-10: I10.00) - Hyperlipidämie (ICD-10: E78.0) - Verdacht auf gastroösophageale Refluxkrankheit (ICD-10 K21.9) - Atopisches Ekzem (ICD-10: L20.8)

E. 6.10.2

Gegenüber den Gutachtern klagte der Beschwerdeführer insbesondere über einen Reizhusten mit unzähligen Hustentriggern. In Innenräumen, insbesondere wenn sich Menschen darin aufhielten, sei keine Tätigkeit möglich, da er anhaltend Husten müsse und sich dabei total erschöpfe. Die medikamentöse Therapie helfe nicht. Zudem klagte er über eine Anstrengungsdyspnoe und über Hautprobleme. Ferner habe er Schmerzen in den Knien, wenn er in die Hocke gehe, und es bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Abduktion in der linken Schulter, die sich jedoch durch eine zwischenzeitlich eingeleitete Therapie verbessert habe.

E. 6.10.3

Die Gutachter führten in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen in der interdisziplinären Beurteilung aus, dass aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bestehe. Aus kardiologischer Sicht seien körperlich schwere Tätigkeiten, Arbeiten mit hohem Termindruck und Stress sowie Akkord- und Nachtarbeit aufgrund der koronaren Herzkrankheit zu vermeiden. Aus pneumologischer Sicht bestehe aufgrund der Nichteignungsverfügung der SUVA eine volle und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als CNC-Schleifer. In körperlich leichten bis intermittierend schweren Arbeiten unter lufthygienisch problemlosen Bedingungen und vorzugsweise im Freien bestehe leistungsmässig eine volle Arbeitsfähigkeit, es könne jedoch aufgrund des chronischen, therapiefraktären und nicht vollständig abgeklärten Hustens (DD Reflux) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bis maximal 30 % zugestanden werden (IVSTA-act. 158 S. 7 und 22 f.). Aus rheumatologischer Sicht seien das Heben und Tragen schwerer Lasten mit der linken oberen Extremität, kraftanfordernde und bzw. oder repetitive Tätigkeiten in maximaler Abduktionsstellung des linken Arms und Arbeiten, welche eine volle Aussenrotationsfähigkeit der linken Schulter voraussetzten, aufgrund der Periarthropathia humeroscapularis calcarea links zu vermeiden. Aus otorhinolaryngologischer Sicht werde eine Tätigkeit in inhalativ bzw. olfaktorisch

reizarmer Umgebung gefordert. Geschlossene Lagerräume oder Räume mit viel Staub, weiter auch berufliche Tätigkeiten mit häufigem Sprechen seien aufgrund der nasalen Hyperreagibilität, der Allergisierung auf Milben, Tierhaare und Pollen sowie der funktionellen Dysphonie zu vermeiden.

E. 6.10.4

Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung besteht in der angestammten Tätigkeit aufgrund des therapierefraktären und nicht vollumfänglich abgeklärten Hustens eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Pensum-Reduktion von 20 %). Damit ergebe sich eine maximale tägliche Präsenz von 6.8 Stunden. Da in Bezug auf die angestammte Tätigkeit aber eine rechtsverbindliche Nichteignungsverfügung der SUVA vorhanden sei, handle es sich um eine medizinisch-theoretische Einschätzung. In körperlich leichten und mittelschweren beruflichen Tätigkeiten in lufthygienisch einwandfreien Verhältnissen und insbesondere bei beruflichen Tätigkeiten im Freien, ohne Akkordarbeit, Nachtschichten, hohen Termindruck/Stress, ohne kraftanfordernde oder repetitive Arbeiten in maximaler Abduktionsstellung des linken Arms, ohne Heben/Tragen schwerer Lasten mit der linken oberen Extremität sowie ohne Arbeiten, welche eine volle Aussenrotationsfähigkeit der linken Schulter erfordern, bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bis maximal 30 % aufgrund des chronischen, therapierefraktären und unvollständig abgeklärten Hustens unklarer Ätiologie. Die volle Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt vom Versicherten ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Flachs Schleifer beruhe auf der Nichteignungsverfügung der SUVA vom 15. Juni 2015. Die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in körperlich adaptierten beruflichen Tätigkeiten werde pneumologisch begründet und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen als unwahrscheinlich beurteilt. Die durch den behandelnden Hausarzt attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten sei aus interdisziplinärer und speziell pneumologischer Sicht nicht nachvollziehbar.

E. 6.11

Nach Beschwerdeerhebung reichte der Beschwerdeführer die folgenden beiden ärztlichen Berichte ein (BVGer-act. 8):

E. 6.11.1

Prof. Dr. N._____ hielt in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 fest, dass der Beschwerdeführer an einem atopischen Asthma leide mit Sensibilisierung auf Hausstaubmilben, Katzen- und Hundeallergene, Gräser- und Wegerichpollen. Diese Sensibilisierungen schienen keine klinische Bedeutung zu haben. Bei Birken- und Gramineenpollen könne es jedoch zu Rhinitis und Konjunktivitis kommen. Darüber hinaus bestehe eine signifikante unspezifische bronchiale Hyperreaktivität sowie eine laryngeale Dysfunktion, die den Husten bei der Arbeit erklärten. Der Beschwerdeführer habe eine Sprachtherapie begonnen, die offenbar wenig Erfolg gehabt habe. Es liege auf der Hand, dass er so wenig wie möglich Staub ausgesetzt werden sollte. Jeder Kontakt mit reizenden Stoffen könne sein Asthma verschlimmern.

E. 6.11.2

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. O._____, hielt in seinem Kurzbericht vom 26. Februar 2020 fest, dass die Entwicklung des Gesundheitszustands eine neue Evaluation der Arbeitsfähigkeit erforderlich mache.

E. 7.1

Die Vorinstanz begründete die Ablehnung des Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung damit, dass gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der G._____ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leichte und mittelschwere berufliche Tätigkeiten in lufthygienisch einwandfreien Verhältnissen und insbesondere bei beruflichen Tätigkeiten im Freien, ohne Akkordarbeit, Nachtschichten, hohen Termindruck/Stress, ohne kraftanfordernde oder repetitive Arbeiten in maximaler Abduktionsstellung des linken Arms, ohne Heben/Tragen schwerer Lasten mit der linken oberen Extremität sowie ohne Arbeiten, welche eine volle Aussenrotationsfähigkeit der linken Schulter erfordern) ausgewiesen sei. Im massgebenden pneumologischen Untergutachten sei nachgewiesen worden, dass die Lungen und Bronchien des Beschwerdeführers normal funktionierten. Zwar sei laut RAD eine Empfindlichkeit auf gewisse Reizstoffe vorhanden, der während der Begutachtung demonstrierte Husten entbehre aber jeglicher objektiver Grundlage. Eine teilweise Aggravation könne nicht ausgeschlossen werden. Der Gutachter habe sich ausführlich mit den vorliegenden Abklärungsresultaten auseinandergesetzt. Es sei aufgefallen, dass bereits zu einem früheren Zeitpunkt die obstruktive Komponente der Lungenfunktion nur sehr diskret gewesen sei. Es gebe bis anhin keine Erklärung bzw. objektiven Befunde für die Hustenanfälle. Im rheumatologischen Gutachten sei kein objektives Korrelat für die Kniebeschwerden gefunden worden, während die Schulterpathologie nachvollziehbar erscheine. Durch das entsprechend formulierte Belastungsprofil entstehe aber keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit. Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Im HNO-Untergutachten sei eine enorale Hyperreagibilität bestätigt worden, die jedoch keinen Einfluss auf die im Belastungsprofil definierte Verweistätigkeit habe. Durch die beschriebene funktionelle Dysphonie entstehe an einem Arbeitsplatz ohne viel Kunden- und Mitarbeiterkontakt keine zusätzliche Einschränkung. Das Untergutachten der Inneren Medizin habe keine neuen Aspekte gezeigt, die eine Arbeitsunfähigkeit begründeten. Die vom Beschwerdeführer beklagte Atemnot habe sich auch kardiologisch nicht erklären lassen.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer weist in seiner Beschwerde und seiner Replik darauf hin, dass er starker Asthmatiker und Allergiker sei und bereits mehrere Herzinfarkte hinter sich habe. Er sei arbeitsunfähig. Im Wesentlichen beanstandet er, dass sein Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit nicht sorgfältig abgeklärt worden seien. So sei das Vorliegen eines Asthmas im Gutachten der G._____ plötzlich verneint worden, obwohl er deswegen seit Jahren behandelt werde. Auch vom J._____ sei nach ausführlichen Tests ein Asthma festgestellt worden. Nun werde im Gutachten plötzlich behauptet, es liege ein Husten unklarer Ursache vor. Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass er bei der D._____ nicht von einem IV-Arzt betreut worden sei, so dass sein Gesundheitszustand während der damaligen Arbeitstätigkeit nicht beurteilt werden könne. Auch bei den beruflichen Abklärungen in der F._____ sei es versäumt worden, ihn ärztlich zu begleiten. Es liege keine verlässliche echtzeitliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Arbeitsumgebung vor, auf die abgestellt werden könne. Bei der D._____ -Abklärung sei es zudem zu verschiedenen Versäumnissen gekommen, so dass sie nicht als Basis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit taue. Auch bei der polydisziplinären Begutachtung sei es versäumt worden, den Beschwerdeführer im Rahmen eines Arbeitsversuchs bzw. unmittelbar nach

einem Arbeitsversuch zu begutachten, um die Auswirkungen des Arbeitens auf den gesundheitlichen Zustand eins zu eins beurteilen zu können. Vorliegend reiche eine Begutachtung im sterilen Behandlungsraum nicht aus, um eine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu erhalten. In Bezug auf das pneumologische Teilgutachten der G._____ hält der Beschwerdeführer fest, dass der Gutachter zum Schluss gekommen sei, dass er wegen seines Hustens nicht vermittelbar sei. Derselbe Gutachter habe dann aber auch festgehalten, dass der Beschwerdeführer im freien Arbeitsmarkt 70 % bis 80 % arbeitsfähig sei. Es sei unklar, wie das zusammengehen solle.

E. 7.3

Die Vorinstanz hält dem entgegen, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geeignet seien, die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtes oder die Richtigkeit der angefochtenen Verfügung in Frage zu stellen. Insbesondere lasse sich eine medizinische Unvermittelbarkeit organisch nicht begründen, weshalb in der Konsensbeurteilung auf die Frage der Vermittelbarkeit - welche grundsätzlich in den Kompetenzbereich der IV-Stelle falle - folglich nicht mehr eingegangen worden sei. Aus pneumologischer gutachterlicher Sicht werde nachvollziehbar ein chronischer Reizhusten unklarer Ätiologie diagnostiziert. Die in den Akten erwähnte Diagnose eines persistierenden Asthmas sei vom Gutachter bewiesenermassen in Abrede gestellt worden. Eine differentialdiagnostisch in Erwägung gezogene Refluxkrankheit als Ursache des Hustens sei als unwahrscheinlich erachtet worden. Es sei nicht die Diagnose, sondern das Ausmass der funktionellen Einschränkung der Lunge massgebend. Messtechnisch sei beim Beschwerdeführer von einer gesunden Lunge auszugehen. Der Beschwerdeführer scheine zu übersehen, dass bereits Professor L._____ in seinem Gutachten davon ausgegangen sei, dass der geklagte Husten einen zwanghaften Charakter habe und sich durch das behandelte Asthma, welches mit einer normalen Lungenfunktion einhergehe, nicht erklären lasse. Folglich bestehe grundsätzlichen Einigkeit zwischen den Gutachtern. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die aggravatorisch anmutende Beschwerdepräsentation erscheine die Anerkennung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % durchaus grosszügig.

E. 8

Unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als CNC-Schleifer aufgrund der Nichteignungsverfügung der SUVA vom 15. Juni 2015 nicht mehr offensteht (IVSTA-act. 53). Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit.

E. 8.1

Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der G._____ vom 18. April 2019 ab, wonach für eine angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bis maximal 30 % bestehe. Dieses im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten beruht auf umfassenden rheumatologischen, pneumologischen, psychiatrischen, internistischen, otorhinolaryngologischen und kardiologischen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit ist das Gutachten der G._____ mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden und der Vorwurf des Beschwerdeführers, sein Gesundheitszustand inklusive aller Diagnosen und

die Arbeitsfähigkeit seien nicht sorgfältig abgeklärt worden, unbegründet. Der RAD-Arzt Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hat sich in seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2019 dem Gutachten der G._____ in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (indem er von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ausging) angeschlossen (IVSTA-act. 160).

E. 8.2

Im Folgenden ist zu klären, ob das Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag bzw. ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Kritik des Beschwerdeführers am pneumologischen Teilgutachten einzugehen.

E. 8.2.1

Gemäss überzeugender internistischer Beurteilung, die sich auf die Anamnese, eine klinische Untersuchung und die erhobenen Laborwerte stützt, ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer an keinen Erkrankungen aus diesem Fachgebiet leidet, die seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten einschränken. Im kardiologischen Teilgutachten wurde gestützt auf eine klinische Untersuchung und die Ergebnisse weiterer Abklärungen mittels EKG, Fahrrad-Ergometrie und Echokardiographie sowie insbesondere unter Einbezug der Anamnese (Stenteinlagen in den Jahren 2010 und 2011) eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert. Dieser wurde bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen, indem schwere Tätigkeiten, Nacharbeiten, Akkordarbeiten oder Arbeiten mit massivem Termindruck bzw. Stress als nicht mehr zumutbar bezeichnet wurden. Diese Einschätzung leuchtet ein, zumal der Beschwerdeführer auch nach 2011 ohne kardiale Probleme leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausüben konnte. Sie deckt sich auch mit den Angaben und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach dieser seitens des Herzens abgesehen von einem seltenen Druckgefühl am Morgen über keine Beschwerde klagt und diesbezüglich seit 2011 stabil sei.

E. 8.2.2

Die vom Beschwerdeführer beklagten Knie- und linksseitigen Schulterbeschwerden - der Beschwerdeführer ist Rechtshänder (IVSTA-act. 77.5 S. 17) - wurden im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung mittels eingehender klinischer Untersuchung, Laboruntersuchungen und aktuell angefertigter Röntgenaufnahmen fachärztlich abgeklärt. Der Experte hat einleuchtend aufgezeigt, dass keine rheumatologischen Leiden vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten und auch in angepassten Tätigkeiten in quantitativer Hinsicht einschränken. Die klinisch festgestellte Einschränkung der Aussenrotation der linken Schulter wurde bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils insoweit berücksichtigt, als schwere schulterbelastende Arbeiten links, kraftanfordernde oder repetitive Arbeiten in maximaler Abduktionsstellung des linken Arms und Arbeiten, die eine volle Aussenrotationsfähigkeit der linken Schulter erfordern, laut dem Experten zu vermeiden sind. Für die vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden bei Tätigkeit in der Hocke liess sich kein adäquates pathoanatomisches Korrelat finden.

E. 8.2.3

Gestützt auf das überzeugende psychiatrische Teilgutachten ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine relevante psychische Störung vorliegt und auch im Längsschnitt keine psychischen Auffälligkeiten vorlagen. Der Gutachter hat dargelegt, dass die Überzeugung des Beschwerdeführers, dass in praktisch allen geschlossenen Räumen die Luft mit der Zeit schlecht werde und zu einem Reizhusten führe, fest verankert sei, und fast schon als «fixe Idee» betrachtet werden könne. Diese Überzeugung ist laut dem Gutachter aber nicht pathologisch. Zudem hat er dargelegt, dass es unwahrscheinlich sei, dass diese Überzeugung zur Entstehung oder Aufrechterhaltung des Hustens wesentlich beigetragen habe. Die Einschätzung des Gutachters, wonach sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Funktionsfähigkeit ergebe, leuchtet mit Blick auf den erhobenen unauffälligen psychiatrischen Befund, die gutachterlichen Verhaltensbeobachtungen, die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden und zu seinem Tagesablauf sowie dem Umstand ein, dass der Beschwerdeführer noch nie eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm und sich selbst als psychisch gesund betrachtet.

E. 8.2.4

Der pneumologische Gutachter hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit der medizinischen Situation, insbesondere mit den aus Sicht des Beschwerdeführers im Vordergrund stehenden Problemen (Reizhusten und Anstrengungsdyspnoe), auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf eigene Untersuchungen inklusive Spirometrie getroffen. Es ist angesichts der erhobenen Befunde nachvollziehbar, dass der Gutachter von einer funktionell gesunden Lunge und gesunden Atemwegen ausgegangen ist. Er hat sich auch mit der in den Vorakten dokumentierten Diagnose eines Asthmas eingehend auseinandergesetzt. Er führte hierbei anhand von fünf Kriterien nachvollziehbar aus, weshalb entgegen der Meinung des behandelnden Pneumologen kein Asthma zu diagnostizieren und damit auch der trockene Reizhusten nicht mit einem Asthma zu erklären ist. Bei der Diskussion dieser Kriterien anerkannte er eine bronchiale Hyperaktivität, welche für sich allein ein Asthma aber nicht beweise, und legte zugleich schlüssig dar, dass ein lege artis behandeltes Asthma bei normaler Lungenfunktion den Husten nicht erklären könne. Diese gutachterlichen Ausführungen stehen auch im Einklang mit der Einschätzung von Prof. Dr. med. L._____, der in seinem pneumologischen Gutachten vom 13. Juni 2016 nach einer eingehenden Untersuchung das Asthma bronchiale nur als anamnestische Diagnose aufführte und ebenfalls eine normale Lungenfunktion feststellte (siehe oben E. 6.7). Der G._____-Gutachter wies ferner darauf hin, dass der Husten anlässlich der Untersuchung artifiziell, zum Teil auch etwas demonstrativ und aufgesetzt wirkte. Die vom Beschwerdeführer beschriebene stridoröse Husten- und Dyspnoekomponente weise mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen harmlosen Laryngospasmus hin. Mit Blick darauf, dass auch Prof. Dr. N._____ davon ausgeht, dass die unspezifische bronchiale Hyperreaktivität und die laryngeale Dysfunktion den Husten bei Exposition gegenüber reizenden Substanzen erklären, und er überdies nicht sagt, der Beschwerdeführer könne wegen des Hustens nicht mehr arbeiten (siehe oben E. 6.11.1), überzeugt die Einschätzung des G._____-Gutachters. Differentialdiagnostisch müsste bei diesem Husten an einen gastro-ösophagealen Reflux gedacht werden, der Gutachter bemerkte hierzu jedoch einschränkend, dass eine ergänzende Diagnostik (Refluxabklärung, Bronchoskopie u.a.) mit einiger Wahrscheinlichkeit ergebnislos verlaufen würde. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen leuchtet die Diagnose «Reizhusten unklarer Ätiologie» ein. Es ist davon auszugehen, dass weitere Abklärungen betreffend Hustenursache keine anspruchrelevanten

Erkenntnisse liefern könnten. In diesem Zusammenhang hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. P. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2019 nachvollziehbar fest, dass sich bei einer Reflux-Abklärung mit grösster Wahrscheinlichkeit keine pathologischen Befunde finden liessen, da typische Beschwerde (Magenbrennen, Aufstossen, nächtliche Regurgitation etc.) vorliegend fehlten. Zudem hielt der RAD-Arzt einleuchtend fest, dass selbst wenn der Hustenreiz von der Speiseröhre bzw. dem Magen ausgehen sollte, diese Problematik medikamentös, oder schlimmstenfalls operativ behandelbar wäre und keine längere Arbeitsunfähigkeit begründen würde. In Bezug auf mögliche Hustenursachen erübrigen sich daher weitere Abklärungen. Solche wären allenfalls in Bezug auf mögliche Therapien ratsam, ändern an der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beurteilung aber nichts. Darauf hinzuweisen ist zudem, dass für die Invaliditätsbemessung ohnehin nicht die Diagnosen massgebend sind, sondern die damit einhergehenden konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (vgl. Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.1; Urteil des BGer 8C_363/2018 vom 26. November 2018 E. 4.1.3). Diese sind vorliegend allesamt in die Beurteilung des Gutachters eingeflossen und haben denn auch Anlass zur Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils und Annahme einer insbesondere aufgrund des Reizhustens leidensadaptiert quantitativ verminderten Arbeitsfähigkeit gegeben. Insgesamt stellte der pneumologische Gutachter schlüssig und nachvollziehbar fest, dass aus pneumologischer Sicht eine körperlich leichte bis intermittierend schwere Arbeit unter lufthygienisch problemlosen Bedingungen, vorzugsweise im Freien, mit einer Einschränkung von 20 % bis maximal 30 % zumutbar ist. Die Reduktion des zumutbaren Pensums wurde vom Gutachter mit dem therapierefraktären Husten unklarer Ätiologie begründet. Diese Beurteilung wurde auch vom RAD-Arzt Dr. med. P. _____ bestätigt (Stellungnahme vom 25. Juli 2019 [IVSTA-act. 160]; Stellungnahme vom 23. Dezember 2019 [IVSTA-act. 174]), weshalb darauf abzustellen ist, zumal von weiteren Abklärungen diesbezüglich, wie ausgeführt, keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. oben E. 8.2.4). Die Ansicht des Beschwerdeführers, ihm sei eine Tätigkeit in Innenräumen gar nicht mehr zumutbar, lässt sich mit den objektiven Befunden, insbesondere der normalen Lungenfunktion, nicht in Einklang bringen. Auch ist nicht ersichtlich, inwiefern ein allfälliges "Multiple Chemical Sensitivity Syndrome" (MCS), bei dem es sich nicht um eine schulmedizinische Diagnose handelt (Gutachten S. 20; vgl. dazu auch Nasterlack/Kraus/Wrbitzky, Multiple Chemical Sensitivity, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, 20. September 2002, S. 2474 ff.), die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem festgelegten Zumutbarkeitsprofil noch stärker beeinträchtigen könnte (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_363/2018 vom 26. November 2018 E. 4.1.3).

E. 8.2.5

Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten wurde schlüssig erörtert, dass der Beschwerdeführer in einer reizarmen Arbeitsumgebung und bei Tätigkeiten, in denen er (anders als etwa in einem Call-Center) nicht viel sprechen muss, nicht eingeschränkt ist. Die Expertin geht in Übereinstimmung mit Prof. Dr. N. _____ davon aus, dass die vom Beschwerdeführer beklagte leichte Atemnot und die Heiserkeit, die bei längerem Sprechen auftritt, mit einer funktionellen Dysphonie des Larynx erklärt werden könne, was sich auch mit der pneumologischen Beurteilung deckt. Ein gewisses Mittelmass an Sprechen erachtet die Expertin als zumutbar. Das ist auch angesichts der Feststellung des psychiatrischen Gutachters der G. _____, wonach der Beschwerdeführer im eineinhalbstündigen Untersuchungsgespräch (wobei er im Gegensatz zur pneumologischen Begutachtung meist

problemlos auf Deutsch habe kommunizieren können) ausgesprochen mitteilungsbedürftig gewesen sei und dabei (anders als während der pneumologischen Begutachtung, vgl. IVSTA-act. 158 S. 19) relativ selten gehustet habe (IVSTA-act. 158 S. 38 f., vgl. auch IVSTA-act. 158 S. 29), ohne weiteres nachvollziehbar. Die Expertin wies zudem darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer nach 5-6 Sitzungen wieder abgebrochene logopädische Therapie zu kurz gewesen sei, um zu greifen. Durch eine längerfristige logopädische Therapie könnte ihrer Ansicht nach eine Verbesserung der stimmlichen Belastung erreicht werden. Ferner hielt die Expertin zu Recht fest, dass eine tiefende und blockierte Nase kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf (und damit auch in einer angepassten Tätigkeit) ist.

E. 8.2.6

Soweit der Beschwerdeführer die Durchführung einer neuen Begutachtung in einer Arbeitssituation bzw. unmittelbar nach einem Arbeitsversuch verlangt, ist er darauf hinzuweisen, dass praxismässig eine beweiskräftige gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Grundlage für die Bemessung der Invalidität genügt (siehe oben E. 5.3). Hier besteht kein Anlass, von diesem Grundsatz abzuweichen, zumal sich die beteiligten Fachärzte der G. _____ und des RAD im Stande sahen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinreichend genau einschätzen konnten, ohne dass dieser unmittelbar zuvor einen Arbeitsversuch unternommen hat (vgl. auch Urteil 9C_730/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.3).

E. 8.2.7

Die Aussage des pneumologischen Gutachters, dass der Beschwerdeführer wegen des Hustens wohl nicht vermittelbar sei (Gutachten S. 22 und S. 23), ist vor dem Hintergrund, dass der Gutachter den Husten inkonsistent wie auch als artifiziell, zum Teil auch als etwas demonstrativ und aufgesetzt bezeichnet und selbst eine Aggravationstendenz (auch unter Hinweis auf die anderen Gutachten; vgl. auch oben E. 8.2.5) nicht ausgeschlossen hat, nicht als Aussage hinsichtlich einer objektiven Unvermittelbarkeit zu verstehen. Dagegen sprechen auch die Ausführungen von Prof. Dr. med. L. _____, wonach der vom Beschwerdeführer beklagte Husten in Innenräumen einen zwanghaften Charakter habe und es gemäss Bericht der D. _____ Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den gemachten Beobachtungen gebe (IVSTA-act. 86.9 S. 15). Auch der psychiatrische Gutachter spricht in diesem Zusammenhang von einer fixen Idee (festen Überzeugung) des Beschwerdeführers, dass die Luft in Innenräumen verschmutzt sei und dies nach einigen Stunden Aufenthalt bei ihm zu Husten führe (vgl. IVSTA-act. 158 S. 38 unten, S. 39 unten), welche nicht pathologisiert bzw. psychiatrisiert werden müsse. Das Husten habe nicht ticartig gewirkt und sei auch nicht stressbedingt gewesen. Eine psychische Störung von Belang liege nicht vor und es bestehe auch keine psychisch bedingte Einschränkung der Funktionsfähigkeit. Die Aussage des pneumologischen Gutachters bezüglich Verwertbarkeit begründet damit - wie sich auch aus der interdisziplinären Gesamtbetrachtung ergibt - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keinen Widerspruch zur von ihm attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Überdies ist es auch nicht Aufgabe der Arztperson, sich zu den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, namentlich zu den aufgrund von Anforderungs- und Belastungsprofil in Betracht fallenden Stellen, oder zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu äussern (Urteil des BGer 8C_369/2021 vom

28. Oktober 2021 E. 6.3). Der Beschwerdeführer lässt überdies ausser Acht, dass für die Invaliditätsbemessung nicht massgebend ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1; Urteil des 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.1.2). Dass dem Beschwerdeführer die Verwertbarkeit seiner (Rest-)Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht möglich wäre, ergibt sich nicht aus dem Gutachten der G._____. Ferner legt auch der Beschwerdeführer nicht überzeugend dar, weshalb er aufgrund des Hustens (bei normaler Lungenfunktion) keine dem festgelegten Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit mehr ausüben könnte bzw. seine Restarbeitsfähigkeit gar nicht mehr verwertbar sein sollte.

E. 8.3

Auch die nach der Begutachtung vorgelegten medizinischen Akten vermögen die Beweiskraft der Expertenaussagen nicht in Frage zu stellen, benennen doch weder Prof. Dr. N._____(laryngeale Dysfunktion, begonnene Sprachtherapie hat offenbar wenig Erfolg, unspezifische bronchiale Hyperreaktivität) noch der Hausarzt Dr. med. O._____, neue wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des BGer 9C_527/2020 vom 9. Juli 2021 E. 3.1; siehe auch oben E. 8.2.4 und 8.2.5). Der Kurzbericht des Hausarztes vom 26. Februar 2020, in dem eine Veränderung des Gesundheitszustands erwähnt wird, gibt überdies kein Anlass für weitere Abklärungen. Einerseits hat er seine Einschätzung mit keinem Wort begründet, insbesondere nicht mit objektivierbaren veränderten Befunden untermauert, andererseits ergeben sich aus dem fast zeitgleich verfassten Bericht von Prof. N._____, vom 18. Februar 2020 keinerlei Anhaltspunkte auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

E. 8.3.1

Letztlich ändert vorliegend nichts, dass der Beschwerdeführer anlässlich der durchgeführten beruflichen Eingliederung bzw. Abklärungen in den Jahren 2015 bis 2017 jeweils über zunehmende Atemprobleme bei Arbeiten in Innenräumen geklagt hatte. Denn entscheidend ist die medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und sind nicht die im Rahmen einer beruflichen Abklärung gezeigten Resultate. Ausserdem zeigte der Beschwerdeführer, insbesondere im Rahmen der dritten beruflichen Abklärungsmassnahme im Jahr 2016, dass er in der Lage war, ein Pensum von 80 % zu leisten. Den Gutachtern waren die Ergebnisse der beruflichen Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen bekannt. Von einer offensichtlichen und erheblichen Diskrepanz ihrer Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu seiner Leistung während den beruflichen Massnahmen kann nicht gesprochen werden.

E. 8.4

Zusammenfassend fehlen konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise der G._____, vom 18. April 2019 sprechen. Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Ergebnisse zu erwarten, so dass es mit den von der Vorinstanz getätigten Abklärungen sein Bewenden hat und der eventualiter beantragten erneuten Begutachtung (BGE 122 V 157 E. 1d) nicht zu entsprechen ist. Daher steht gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten und der Einschätzung des RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte und

mittelschwere berufliche Tätigkeiten in lufthygienisch einwandfreien Verhältnissen und insbesondere bei beruflichen Tätigkeiten im Freien, ohne Akkordarbeit, Nachtschichten, hohen Termindruck/Stress, ohne kraftanfordernde oder repetitive Arbeiten in maximaler Abduktionsstellung des linken Arms, ohne Heben/Tragen schwerer Lasten mit der linken oberen Extremität sowie ohne Arbeiten, welche eine volle Aussenrotationsfähigkeit der linken Schulter erfordern) im Umfang von 75 % zumutbar ist. Vor diesem Hintergrund ist nachfolgend der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu bestimmen.

E. 9.1

Bei erwerbstätigen Versicherten wie dem Beschwerdeführer ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

E. 9.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Vorliegend ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als CNC-Schleifer ab 7. Januar 2014 auszugehen. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Oktober 2014 in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG auf den 1. April 2015 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen

E. 9.2.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

E. 9.2.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1).

E. 9.2.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit 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 (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. 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 (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

E. 9.3

Die Vorinstanz hat sich für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin abgestützt, wonach der Beschwerdeführer zuletzt seit 1. Januar 2014 jährlich Fr. 79'300.- (13 x Fr. 6'100.-) verdient hat, was nicht zu beanstanden ist. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung - wie sie die Vorinstanz vorgenommen hat, - ist jedoch nicht angezeigt (vgl. dazu Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a N 61), zumal die ehemalige Arbeitgeberin am 24. Februar 2016 bestätigt hat, dass der Beschwerdeführer auch im Jahr 2015 noch Fr. 79'300.- verdient hätte (IVSTA-act. 86.18).

E. 9.4

Das Invalideneinkommen hat die Vorinstanz auf der Basis einer Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten von 80 % bestimmt. Da die Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit jedoch auf 20 % bis maximal 30 % bezifferten, rechtfertigt es sich in Übereinstimmung mit der Einschätzung des RAD für die Arbeitsfähigkeit den Mittelwert von 75 % heranzuziehen (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_226/2009 vom 19. August 2009 E. 3.2), was jedoch keinen Einfluss auf das Endergebnis hat. Der Beschwerdeführer war nach Eintritt des Gesundheitsschadens nicht mehr erwerbstätig, weshalb die Vorinstanz für die Bestimmung des Invalideneinkommens

zu Recht statistische Werte in Form der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen hat. Da der Einkommensvergleich auf den 1. April 2015 durchzuführen ist, sind jedoch nicht die von der Vorinstanz verwendeten Zahlen der LSE 2016, sondern die Zahlen der LSE 2014 heranzuziehen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens stellte die Vorinstanz auf den Durchschnittslohn (Zentralwert) von Männern auf dem untersten Kompetenzniveau 1 gemäss Zeile «Total» in der Tabelle TA1 ab. Dieses Vorgehen wird vom Beschwerdeführer nicht beanstandet und entspricht der Rechtsprechung, welche in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1 Zeile «Total Privater Sektor» anwendet (BGE 142 V 178 E. 1.3; 126 V 75 E. 7a; 124 V 321 E. 3b/aa; Urteile des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.3). Umstände, welche ein Abweichen vom Regelfall als angezeigt erscheinen liessen, sind nicht ersichtlich, zumal dem Beschwerdeführer, der über eine langjährige Berufserfahrung verfügt, verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offenstehen (vgl. auch Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 7). Der entsprechende Lohn beträgt bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 5'312.-. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Totalwert), der Lohnentwicklung bis 2015 (T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Totalwert) und der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 50'039.- ($(12 \times \text{Fr. } 5'312.-) : 40 \times 41.7 \times 1.004 [2015] [T1.1.10, \text{Nominallohnindex, Männer, Totalwert}] \times 0.75$).

E. 9.5

Die Vorinstanz hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen, weil sie davon ausgeht, dass den funktionalen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Restarbeitsfähigkeit genügend Rechnung getragen worden sei. Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10 % zu gewähren sei, weil er zahlreiche und verschiedene Einschränkungen habe und an einem «nervigen» Husten leide. Zudem sei er bereits 56 Jahre alt und habe nun bereits seit rund viereinhalb Jahren nicht mehr gearbeitet.

E. 9.5.1

Soweit der Beschwerdeführer auf verschiedene Einschränkungen verweist, wurden diese bereits beim Anforderungs- und Belastungsprofil berücksichtigt, weshalb sie nicht nochmals - als abzugsrelevant - herangezogen werden dürfen (vgl. Urteil des BGer 8C_699/2017 vom 26. April 2017 E. 3.3 mit Hinweisen). Zwar steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer auf dem in Frage kommenden Arbeitsmarktsegment (Kompetenzniveau 1) gesundheitlich bedingt nicht mehr sämtliche Arbeiten ausführen kann. Da der beigezogene Tabellenlohn im tiefsten Niveau jedoch eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten umfasst und gestützt auf die ärztlichen Angaben bei Vermeidung entsprechender Expositionen nicht mit Atembeschwerden zu rechnen ist, ist nicht davon auszugehen, dass er in einer leidensangepassten Tätigkeit bei einem Pensum von 75 % noch zusätzlich eingeschränkt wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 7). Dem Husten wurde mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % Rechnung getragen, was mit der Vorinstanz als grosszügig zu betrachten ist, zumal diesem kein organisches Korrelat zugrunde liegt. Daher ist unter diesem Titel kein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen. Anders zu entscheiden

liefe, wie vorinstanzlich zutreffend erkannt, auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung desselben Aspektes hinaus (Urteile 9C_777/2015 vom 12. Mai 2016 E. 5.3 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen).

E. 9.5.2

Weiter ist nach der Rechtsprechung ein Alter von (knapp) 57 Jahren (zum Verfügungszeitpunkt) nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des BGer 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E. 4.2). Abgesehen davon werden Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich ohnehin altersunabhängig nachgefragt (vgl. Urteil 9C_134/2016 vom 12. April 2016 E. 5.3 mit Hinweis). Auch der weiter geltend gemachten langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt kommt im Kompetenzniveau 1 keine massgebende Bedeutung zu (Urteil 8C_351/2014 von 14. August 2014 E. 5.2.4.2; 8C_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5). 9C_777/2015 vom 12. Mai 2016 E. 5.3). Zudem beinhaltet der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sog. Nischenarbeitsplätze, bei welchen behinderte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 8C_783/2020 vom 17. Februar 2021 E. 7.3.2). Nach dem Gesagten liegen keine Umstände vor, die einen leidensbedingten Abzug zu begründen vermöchten.

E. 9.6

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'300.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'039.- resultiert ein IV-Grad von gerundet 37 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 5.2 hiavor). Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 10.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.