

BVGer C-4624/2018 vom 19. Dezember 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4624_2018

FR: TAF C-4624/2018 du 19 décembre 2019

IT: TAF C-4624/2018 del 19 dicembre 2019

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 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

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelsrente ab 1. November 2016 zugesprochen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

E. 3

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, weil die angefochtene Verfügung den Anforderungen an die Begründungspflicht nicht genüge. Die Vorinstanz habe nicht begründet, weshalb sie von der im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen sei. Im Rahmen des Einkommensvergleichs habe sich die Vorinstanz zudem nicht zum verwendeten Tabellenlohn für die Bestimmung des Invalideneinkommens geäußert. Sie habe auch nicht begründet, weshalb sie keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen habe.

E. 3.1

Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV (SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild

machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2; 124 V 180 E. 1a).

E. 3.2

Wie der Beschwerdeführer zu Recht feststellt, ist die Vorinstanz von der durch die E._____ -Gutachter attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abgewichen. Begründet hat sie dies damit, dass das Abstellen auf die aus psychiatrischer Sicht attestierte (höhere) Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus Sicht der Invalidenversicherung nicht begründet sei. Auch wenn diese Begründung recht kurz ausgefallen ist, genügt sie, hat die Vorinstanz damit doch kurz die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen. Was den Einkommensvergleich anbelangt, so wurde dieser in der angefochtenen Verfügung aufgeführt. Die verwendeten Zahlen wurden zwar nur knapp begründet, der Beschwerdeführer konnte indes gestützt hierauf die Verfügung doch sachgerecht anfechten. Neben der sich aus dem Dispositiv ergebenden Tragweite der Verfügung sind insgesamt aus der Begründung auch die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte genügend ersichtlich, womit die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessende Begründungspflicht erfüllt ist. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs infolge ungenügender Begründung ist somit zu verneinen. Ob die von der Vorinstanz vorgenommene Sachverhaltsfeststellung und rechtliche Würdigung materiell korrekt sind, ist nachfolgend zu prüfen.

E. 4.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Juni 2018) 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. 4.2

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. 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. 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). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. IK-Auszug; act. 22).

E. 5.3

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

E. 5.3.1

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

E. 5.3.2

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen

«Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.4

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). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 5.5

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 begab sich wegen einer akuten Belastungssituation am 4. September 2015 in die Behandlung von med. pract. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2015 ein hyperthymes Temperament mit panikartiger sozialer Phobie und Neigung zum Alkoholkonsum sowie Benzodiazepin-Abusus (im Sinne einer Selbstmedikation). Der Beschwerdeführer beklage eine phasenweise starke Erschöpfung. Der behandelnde Psychiater wies darauf hin, dass der übermässige Alkoholkonsum vor drei Monaten eingestellt worden sei und der Konsum von Benzodiazepinen nunmehr der Medikation einer Angststörung entspreche. Er erwähnte, dass der Beschwerdeführer neben dem psychischen Krankheitsbild auch an körperlichen Erkrankungen leide, wobei ein schweres Schlafapnoe-Syndrom im Vordergrund stehe. Zudem liege eine unklare Entzündungserkrankung vor, die derzeit intensiv abgeklärt werde. Der behandelnde Psychiater erachtete den Beschwerdeführer als nicht arbeitsfähig (act. 11 S. 18 ff.).

E. 6.2

Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte in seinem Gutachten vom 19. Dezember 2015 die Diagnose einer sozialen Phobie gemäss ICD-10 F40.1, deren Existenz wahrscheinlich auf Jahrzehnte zurückgehe. Es habe sich auch eine Angst- und depressive Störung gemischt gemäss ICD-10 F41.2 entwickelt, wobei aktuell eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik vorliege. Zeitweise sei die Angstsymptomatik auch mit Panikattacken gemäss ICD-10 F41.0 kombiniert gewesen. Im Sinne einer Selbstmedikation habe sich phasenweise ein Alkoholmissbrauch entwickelt. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer weitgehend abstinent (ICD-10 F10.20). Ebenfalls habe eine Benzodiazepin-Abhängigkeit bestanden, die sich allerdings in einem erträglichen Rahmen bewege. Diesbezüglich liege ein schädlicher Gebrauch vor (ICD-10 F13.1). Vorerst bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Angesichts der Besserung der psychopathologischen Befunde könne sich bis spätestens Ende Februar 2016 eine weitgehende Remission ergeben mit einer anschliessenden Arbeitsaufnahme im März 2016, allenfalls anfänglich mit einem 50 %-Pensum und einen Monat später mit einem Pensum von 100 % (act. 10 S. 11 ff.).

E. 6.3

Am 2. April 2016 berichtete med. pract. F._____ von einem leichten Rückgang der Erschöpfung. Die sozialen Ängste seien jedoch gleichgeblieben. Die Kognition sei ausgehend von einem hohen Niveau momentan noch zumindest etwas beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer leide zudem an einer chronischen Autoimmunerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis (Sjögren-Syndrom). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres weiterhin 100 % (act. 11 S. 7 f.). Auch Dr. med. G._____ ging in seinem Gutachten vom 6. Mai 2016 davon aus, dass der Beschwerdeführer angesichts der vorliegenden Polymorbidität in somatischer und psychischer Hinsicht aktuell nicht arbeitsfähig sei (act. 11 S. 1).

E. 6.4

Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom Kantonsspital I._____, hielt im Bericht vom 10. Januar 2017 zu Handen der kantonalen IV-Stelle unter Beilage von zwei Berichten vom 18. Februar 2016 und vom 17. Mai 2016 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - seit Jahren bestehendes, chronisches Fatigue-Syndrom - akzentuiert vor Diagnosestellung des Sjögren-Syndroms im Dezember 2015 - Ätiologie wahrscheinlich multifaktoriell im Rahmen eines Sjögren-Syndroms, medikamentös unter Benzodiazepinen, Schlafapnoe-Syndrom - Angst- und Panikstörung (ED unbekannt) Als weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: - Hashimoto-Thyreoiditis (ED mindestens seit 04/2015) - Steatosis hepatis (DD bei Adipositas BMI 34kg/m², C2-assoziiert) - Polinosis- und Hundehaarallergie - Dyslipidämie - Nasenatmungshinderung bei Septumdeviation/Sporn und enger Nasenklappe links, Verdacht auf chronische Rhinosinusitis (Operation 08/2016) Dr. med. H._____ führte aus, dass das Chronic-Fatigue-Syndrom erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Eine eindeutige Ätiologie könne nicht zugeordnet werden. Für den Teil, der durch das Sjögren-Syndrom bedingt sein könnte, bestehe leider keine Heilungsoption. Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit schwer abschätzbar; die Fatigue lasse sich schwer quantifizieren. Aufgrund der weiteren Faktoren, vor allem psychologischer/psychiatrischer Art werde auf die Einstufung der Arbeitsfähigkeit durch

den behandelnden Hausarzt und Psychiater med. pract. F. _____ verwiesen. Aus rein körperlicher Sicht (betreffend das muskuloskeletale System) bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. 34).

E. 6.5

Der Beschwerdeführer hielt sich vom 17. Januar bis 4. Februar 2017 zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik J. _____ auf. Im entsprechenden Hospitalisationsbericht vom 14. Februar 2017 wurden als Hauptdiagnosen eine psychische Dekonditionierung und ein Erschöpfungszustand mit/bei Burn-Out (Z73.0), einer therapieresistenten, aktuell mittelgradigen sozialen Phobie (F 40.1) und einem Verdacht auf eine leichte bipolare Störung Typ 2 genannt. Während des stationären Aufenthalts habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Der Beschwerdeführer sei in einem gebesserten psychischen und physischen Zustand nach Hause entlassen worden (act. 52 S. 10 ff.).

E. 6.6

Am 14. Juli 2017 erstattete der behandelnde Psychiater med. pract. F. _____ der kantonalen IV-Stelle einen Bericht. Er reichte dazu zahlreiche Berichte behandelnder Fachärzte, insbesondere bezüglich rheumatologischer, kieferchirurgischer und pneumologischer Abklärungen und Behandlungen ein. Er fasste dabei die medizinische Situation diagnostisch wie folgt zusammen: - Sjögren-Syndrom (M35; Erstdiagnose 2015) - schwere soziale Phobie mit Panik seit dem Schulalter, stress-responsiv (F40.1) - schwere circadian intermittierende Tagesmüdigkeit/-ermüdbarkeit im kognitiven und/oder körperlichen Bereich mit zwei oder mehr Tagesschlafpausen (Erstdiagnose 2015) - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (G47.3; Erstdiagnose 2015) - starke obere thorakale paravertebrale Neuralgien in jeder Nacht (M79; Erstdiagnose 2015) - anfallsmässige Belastungsdyspnoen - geheilte dentogene Maxillitis (J32.0; Erstdiagnose 2015; zwei Operationen 2016) - zerebrale Kleingefässerkrankung (I67.9; Erstdiagnose 2016) - hyperthymes Temperament mit Übergang in Zykllothymie / leichte bipolare Störung Typ 2 (F34/F38; diese Diagnose wirke sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit aus) - Adipositas mit beginnendem metabolischen Syndrom (BMI 32) - arterielle Hypertension (I10.00) - ausgeprägte Fettleber (K76.0, K70.0; Erstdiagnose 2015) - Zustand nach sekundärem Alkoholabusus, selten übermässiger Konsum (F10.7) - therapiebedingte Benzodiazepin-Toleranz (F13.7; Erstdiagnose 2015) Der behandelnde Psychiater attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als IT-Architekt, IT-Projektleiter, IT-Security Engineer und stellvertretender Leiter Telekommunikation in einem schweizerischen Grossunternehmen mit sehr hoher Aufgaben- und Stressbelastung von 3. September 2015 bis 25. Oktober 2016. Ab 26. Oktober 2016 bis auf Weiteres bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 %, wobei diese nur in einer deutlich herabgestuften Variante der vormaligen Tätigkeit durch das sehr disziplinierte, überlegte und abgestimmte Aneinanderreihen von Arbeitsfähigkeitsfenstern zustande komme. Die mentalen, psychischen aber auch die physischen Einschränkungen hätten bereits vor 2015 eine enorme Anstrengungsbereitschaft erfordert. Sie hätten sich zwar bereits erfreulich, aber gemessen an der früheren Leistungsfähigkeit in keinerlei nennenswerter Weise gebessert. Eine erneute Ausführung der bisherigen Tätigkeit, in der man jeweils sehr flexibel, stresstauglich, einsatzbereit und schlafunabhängig sein müsse, wäre selbst bei 5 % unrealistisch. Während eineinhalb Stunden würden gute kognitive bzw. physische Leistungen erbracht, wobei es zu seltenen verlängerten Leistungsspitzen komme, die dann jeweils jedoch in eine mehrfach längere massive Erschöpfung (d.h. Konzentrationsstörung

und Muskelschwäche) münde. Die qualitative Arbeitsfähigkeit im Sinne einer deutlich einfacheren Erwerbsfähigkeit sei in einem bescheidenen Ausmass zurückgekehrt. Momentan sei zumindest mittelfristig nur ein Arbeitsplatz zu Hause mit Ruhe- und Trainingsmöglichkeiten sinnvoll. Bei Büroarbeiten im Angestelltenverhältnis würden zu viele sozialphobische Geräusch- und (vor allem im IT-Bereich) oft Stressbelastungen ohne Rückzugsmöglichkeit zusammenkommen, die die gegenwärtigen Ressourcen des Beschwerdeführers bei weitem übersteigen würden (act. 52).

E. 6.7

Das polydisziplinäre Gutachten der E. _____ vom 15. Dezember 2017 basiert auf internistischen, rheumatologischen, neurologischen, psychiatrischen sowie pneumologischen Untersuchungen.

E. 6.7.1

Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - generalisierte Angststörung (F41.1) - soziale Phobie (F40.1) - spezifische Phobien (F40.2) (Prüfungsangst, häufiger Harndrang) - Panikstörung (F41.0) - Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.26), gegenwärtig episodischer Substanzgebrauch - schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (F13.25; ständiger Substanzgebrauch) - Verdacht auf multifaktoriell bedingtes «chronisches Müdigkeitssyndrom» mit rascher geistiger und körperlicher Erschöpfbarkeit, verminderter Leistungsfähigkeit, schnellerer Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisstörung - primäres Sjögren-Syndrom - DD: Sialoadenopathie anderer Ursache - Xerophthalmie, Xerostomie - rezidivierende Vergrösserung der grossen Speicheldrüsen - leicht erhöhte ANA, fehlender Nachweis von Anti-SS-A- und Anti-SS-B-Antikörpern - gemäss Akten erhöhte Rheumafaktoren, unauffällige Eiweisselektrophorese und Immunfixation, Normwerte für IgA, IgM und IgG sowie IgG-Subklassen - pathologischer Saxon-Test und Schirmer-Test gemäss Akten - gemäss Akten pathologische Speicheldrüsenbiopsie der Unterlippe beidseits 14.12.2015 mit Nachweis von insgesamt 4 lymphozytären Foci - chronisches Müdigkeitssyndrom (G93.3) - schwergradig obstruktives Apnoe-/Hypnoe-Syndrom, Diagnose 2015 - auto-CPAP-Therapie seit 07/2015 Die Gutachter nannten zudem die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Chondropathia patellae links - feinschlägiger distal betonter Halte- und Aktionstremor beidseits (ICD-10: R25.1) DD: essentieller Tremor - verstärkt durch Medikamente (Quilonorm, Orfiril) - Verdacht auf Restless-legs-Syndrom ICD-10: G25.81 - episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10: G44.2) - intermittierende Lumbago mit abgeschwächtem ASR links, vereinbar mit einer residuellen radikulären S1-Symptomatik links (ICD-10: M47.27) - obstruktive Rhinopathie - Status nach zweimal OP 2016 - rezidivierende Urtikaria

E. 6.7.2

Der rheumatologische Gutachter stellte fest, dass beim Beschwerdeführer sehr wahrscheinlich ein primäres Sjögren-Syndrom vorliege. Häufiges und führendes Symptom beim primären Sjögren-Syndrom sei eine Fatigue mit einer allgemein verminderten Leistungsfähigkeit. Gegen die Fatigue existierten heute noch keine sicher hilfreichen medikamentösen Behandlungen. Aus rheumatologischer Sicht schränke nur das Fatigue-Syndrom die Arbeitsfähigkeit ein. Eine sichere Benennung der dadurch entstehenden Einschränkung sei aber schwierig, da die Fatigue weder objektiviert noch

quantifiziert werden könne. Gesamthaft müsse wahrscheinlich von einer 40 %-igen Einschränkung für jegliche Tätigkeiten ab Dezember 2015 ausgegangen werden. Die Fatigue könne aber wahrscheinlich nicht ausschliesslich dem Sjögren-Syndrom angelastet werden. Aufgrund der Sicca-Symptomatik (Mund- und Augentrockenheit) sollte der Versicherte überdies keine Arbeiten an extrem trockenen und windigen Arbeitsorten tätigen. Sehr langes Arbeiten (mehr als vier Stunden ununterbrochen) in klimatisierten Räumen und am Bildschirm sollte auch vermieden werden. Allenfalls sollte die psychopharmakologische Therapie überdacht und der Alkoholkonsum eingestellt werden. Gegebenenfalls könne dadurch eine leichte Verbesserung der Fatigue erreicht werden, was zu einer etwas höheren Leistungsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit führen würde. Eine sichere Voraussage sei aber nicht möglich.

E. 6.7.3

Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass der Tremor, die episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, der intermittierende Lumbago mit residueller S1 Symptomatik und das mögliche Restless-Legs Syndrom keine Arbeitsunfähigkeit begründeten. Im Vordergrund stehe eine sehr wahrscheinlich multifaktoriell bedingte geistige und körperliche Erschöpfbarkeit, eine verminderte Leistungsfähigkeit, eine erhöhte Müdigkeit, eine Antriebslosigkeit sowie eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und eine Gedächtnisstörung, dies bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom, Ein- und Durchschlafstörung und psychischer Erkrankungen. Hierzu werde zusätzlich von pneumologischer und psychiatrischer Seite her Stellung genommen.

E. 6.7.4

Im psychiatrischen Teilgutachten wird festgehalten, dass diagnostisch von einer umfassenden Angststörung auszugehen sei, zeige der Beschwerdeführer doch multipelste Ängste in diversen beruflichen und lebenspraktischen Situationen. Er leide an einer massiven sozialen Phobie und habe über die Jahre ein extremes Vermeidungsverhalten angenommen, indem er an gewissen Tätigkeiten nicht teilnehme, sich auf die Tätigkeit vorbereiten müsse oder diese nur nach Einnahme von Alkohol oder Benzodiazepinen bestehen könne. Neu sei ab ca. 2012 auch noch eine Panikstörung hinzugekommen mit entsprechenden funktionellen Symptomen, die wiederum die soziale Phobie gefördert hätten. Sekundär habe der Beschwerdeführer als Selbstheilungsversuch schon seit Jahren Alkohol im Übermass konsumiert. Zwischendurch sei es ihm aber immer wieder gelungen, den Alkoholkonsum herunterzufahren. Es sei ihm aber nicht gelungen, auf die Einnahme von Tranquilizern zu verzichten. Er könne die massive Angststörung willentlich nicht mehr adäquat beherrschen, ausser im Rückzugsbereich und indem er vor allem in seinen vier Wänden arbeite. Es bestehe eine schwere Einbusse der Konzentrationsfähigkeit und eine Tagesmüdigkeit. Es zeige sich auch ein eingeschränktes Durchhaltevermögen. Vor dem Hintergrund der schweren Angststörungen bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit als IT-Spezialist. Er könnte allenfalls im rückwärtigen Raum, vor allem in den eigenen vier Wänden und allenfalls als Webdesigner noch 30 % einer Arbeit nachgehen, dies wäre ihm zumutbar. Im Rahmen der Beantwortung der Fragen der kantonalen IV-Stelle hielt der psychiatrische Experte fest, dass der Beschwerdeführer noch drei Stunden täglich ohne Verminderung des Rendements mehrheitlich im rückwärtigen Raum im Homeoffice-Bereich arbeitsfähig sei.

E. 6.7.5

Im pulmologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass ein schwergradiges obstruktives Apnoe-/Hypnoe-Syndrom bestehe, dass bei guter Compliance effizient therapiert werde. Die verbleibende Tagesmüdigkeit könne im Kontext der psychiatrischen Diagnosen der Angst- und Panikstörung und bzw. oder der damit verbundenen Medikation gedeutet werden. Aus pulmologischer Sicht bestehe sowohl in angestammter als auch in adaptierter Tätigkeit keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nicht möglich seien Nacht- und Schichtarbeiten sowie berufliche Chauffeur Tätigkeiten.

E. 6.7.6

In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass die einzelnen Diagnosen negativ interferieren würden. Im Vordergrund stehe eine sehr wahrscheinlich multifaktoriell bedingte geistige und körperliche Erschöpfbarkeit, eine verminderte Leistungsfähigkeit, eine erhöhte Müdigkeit, eine Antriebslosigkeit, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und eine Gedächtnisstörung, dies bei obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom und Ein- und Durchschlafstörung bei psychischen Erkrankungen. Vor dem Hintergrund der schweren Angststörung sei der Beschwerdeführer als IT-Spezialist nicht mehr arbeitsfähig. In einem möglichen Arbeitsprofil bestünden diverse qualitative Einschränkungen. Nicht möglich seien Nacht- und Schichtarbeiten, berufliche Chauffeur Tätigkeiten, Tätigkeiten an extrem trockenen und windigen Arbeitsorten, sehr langes Arbeiten (mehr als vier Stunden ohne Unterbruch) in klimatisierten Räumen und am Bildschirm. Er sei noch für drei Stunden täglich ohne Verminderung des Rendements im rückwärtigen Raum im Homeoffice-Bereich arbeitsfähig. Die quantitativen Einschränkungen seien nicht additiv.

E. 6.8

Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2017 fest, dass gestützt auf das E. _____-Gutachten vom 15. Dezember 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als «Senior Client und Network Security Engineer» ab Dezember 2015 sowie von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % in angepasster Tätigkeit (gemäss Belastungsprofil) ab Dezember 2015 auszugehen sei. Das Belastungsprofil legte der RAD-Arzt wie folgt fest: Zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, nur bei geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, wohlwollende und konfliktarme Arbeitsatmosphäre. Bei weiterhin positivem Krankheitsverlauf und zunehmender Adaptierung am Arbeitsplatz wäre ein Pensum von 70 % erreichbar (act. 71).

E. 7.1

Die Vorinstanz ging im Rahmen der angefochtenen Verfügung gestützt auf die Feststellungen der E. _____-Gutachter und des RAD davon aus, dass dem Versicherten die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als «Senior Client und Network Security Engineer» nicht mehr zumutbar ist. Sie hielt fest, dass das Wartejahr am 4. September 2015 eröffnet worden sei. Da die Anmeldung im Mai 2016 erfolgt sei, sei ein Rentenanspruch ab November 2016 zu prüfen. In einer angepassten Tätigkeit mit flexiblen Arbeitszeiten und ohne permanenten Zeit- und Termindruck sowie in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsumgebung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Diese Einschränkung von 40 % basiere hauptsächlich auf der rheumatologischen Abklärung der E. _____. Die Restarbeitsfähigkeit von 60 % sei im Rahmen des genannten Profils unter Berücksichtigung der Berufserfahrung des Beschwerdeführers sowie der finanzierten Weiterbildung

(Online-Seminar) verwertbar. Vorstellbar sei eine Arbeit von zu Hause aus. Eine höhere Einschränkung aufgrund der psychischen Beschwerden sei aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht begründet. Der Rechtsdienst der kantonalen IV-Stelle ging davon aus, dass die psychischen Diagnosen nachvollziehbar seien, was die angestammte Tätigkeit angehe. Wenn der Beschwerdeführer jedoch von zu Hause aus arbeiten könne, sich die Zeit selber einteilen könne, keine Meetings durchführe und an keine Sitzungen müsse, bestehe sicherlich eine höhere Arbeitsfähigkeit als 40 % (act. 71 S. 8).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass die Vorinstanz ohne jede Begründung vom polydisziplinären E. _____-Gutachten sowie der Einschätzung ihres eigenen RAD abgewichen sei, indem sie nur von einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % ausgehe. Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hätten die Gutachter die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf drei Stunden bzw. 30 % im rückwärtigen Raum im Homeoffice-Bereich festgelegt, wovon für die Anspruchsprüfung auszugehen sei. Es sei dagegen nicht ersichtlich, aufgrund welcher rechtlichen Überlegungen die Vorinstanz ein Pensum von über drei Stunden pro Tag als zumutbar und möglich beurteile. Meetings seien auch bei einer Arbeit zu Hause als Webmaster nicht zu vermeiden. Er könne auch keine hochkognitiv anforderungsreichen Tätigkeiten mehr verrichten. Insgesamt sei daher auf die psychiatrische Beurteilung der E. _____ abzustellen und von einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von drei Stunden pro Tag auszugehen.

E. 8.1

Die Vorinstanz stützt sich für die Zusprache der Dreiviertelsrente im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der E. _____ vom 15. Dezember 2017. Dieses Gutachten beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen werden begründet. Das Gutachten der E. _____ vom 15. Dezember 2017, dem sich in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ angeschlossen hat (Stellungnahme vom 20. Dezember 2017 [act. 71]), entspricht somit den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (siehe E. 4.3). Es enthält auch Angaben zu den Standardindikatoren, weshalb es grundsätzlich auch mit Blick auf die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 als Beweisgrundlage herangezogen werden kann.

E. 8.2

Gestützt auf das Gutachten der E. _____ ist erstellt, dass der Beschwerdeführer an einer generalisierten Angststörung, einer sozialen Phobie, an spezifischen Phobien sowie einer Panikstörung leidet. Die diagnostische Einordnung ist aufgrund der vom psychiatrischen Experten als gesichert betrachteten anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde sowie auch aufgrund der in Anspruch genommenen psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung nachvollziehbar. Sie stimmt im Wesentlichen mit der Einschätzung durch den behandelnden Psychiater überein und wurde auch vom

Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers unter Bezugnahme auf das Klassifikationssystem ICD-10 fachärztlich bestätigt. Eine abweichende fachärztlich-psychiatrische Einschätzung liegt nicht vor. Die E. _____-Gutachter gehen unter Bezugnahme auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 davon aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der schweren Angststörung die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als IT-Experte in einer Führungsposition, in der er Schulungen abhalten, an Sitzungen teilnehmen sowie unter Zeitdruck arbeiten muss, ab Dezember 2015 nicht mehr zumutbar ist. Diese Beurteilung ist unumstritten und nicht zu beanstanden.

E. 8.3

Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ist gestützt auf das E. _____-Gutachten davon auszugehen, dass aus internistischer und pneumologischer Sicht keine zeitlichen Einschränkungen bestehen. Der diagnostizierten Apnoe wurde bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen, indem Nacht- und Schichtarbeiten sowie berufliche Chauffeur Tätigkeiten ausgeschlossen wurden. Aus den überzeugenden neurologischen und rheumatologischen Telexpertisen ergibt sich zudem, dass seitens des Bewegungsapparates keine anspruchsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die Mund- und Augentrockenheit wurde bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt. Im Hinblick auf die beklagte Erschöpfungs- und Müdigkeitsproblematik kam der rheumatologische Gutachter gestützt auf eine eingehende klinische Untersuchung sowie unter Berücksichtigung der vorliegenden fachärztlichen Berichte zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Fatigue-Symptomatik schwierig zu objektivieren und quantifizieren sei. Sie könne dem primären Sjögren-Syndrom zugeordnet, aber wahrscheinlich nicht ausschliesslich diesem angelastet werden (siehe oben E. 6.7.2). Auf die attestierte Leistungseinschränkung von 40 % für jegliche Tätigkeiten kann in Übereinstimmung mit der Vorinstanz abgestellt werden. Der Umstand, dass der E. _____-Experte auf Schwierigkeiten bei der Objektivierung und Quantifizierung der Fatigue hingewiesen hat, schmälert den Beweiswert seiner Einschätzung nicht, zumal es sich bei Erschöpfungs- und Müdigkeitszuständen um interpretationsbedürftige Befunde und Symptomaten handelt, deren unterschiedliche Erfassung und Bewertung durch medizinische Sachverständige - bis zu einem gewissen Grade - in der Natur der Sache liegt (vgl. Urteil des BGer 9C_799/2014 vom 20. Februar 2015 E. 3.3.2).

E. 8.4

Umstritten ist, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus psychischen Gründen (weitergehend) eingeschränkt ist. Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht die vom psychiatrischen Experten attestierte Arbeitsunfähigkeit von rund 60 % («Arbeitsfähigkeit von rund drei Stunden täglich») als rechtlich nicht relevant qualifiziert und lediglich auf die vom rheumatologischen Experten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % abgestellt hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu klären, ob die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit im rückwärtigen Raum (zeitlich flexible Tätigkeiten, ohne permanenten Zeit- und Termindruck, nur bei geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, wohlwollende und konfliktarme Arbeitsatmosphäre) vor der Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 standhält.

E. 8.4.1

Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestimmter Höhe und Ausprägung führt (BGE 140 V 193 E. 3.1). Deshalb kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (Urteil 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat sich der psychiatrische Experte des E._____ bei seiner Einschätzung auch am Indikatorenkatalog (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) orientiert, letztlich obliegt es aber trotzdem der Verwaltung oder dem Gericht, den Grad der Arbeitsunfähigkeit im Rechtssinn (Art. 6 ATSG) im Lichte der Standardindikatoren zu bestimmen (Urteil 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.2; Urteil des BGer 9C_184/2019 vom 23. April 2019 E. 4.2). Gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 (mit Hinweisen auf E. 3.4.1.2 und 3.7.2) verschaffen die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen zu überbrücken. Mithin ist in jedem konkreten Einzelfall zu prüfen, ob anhand der Standardindikatoren mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, die versicherte Person leide an einer psychischen Störung, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (Urteil des BGer 8C_703/2018 vom 13. Juni 2019 E. 4.2.2).

E. 8.4.2

Vorab ist festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinn von BGE 141 V 281 E. 2.2 vorliegen. Der psychiatrische Gutachter hat eine Aggravation ausdrücklich ausgeschlossen.

E. 8.4.3

Im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3) ist zunächst der Komplex «Gesundheitsschädigung» zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass diese ausgesprochen ausgeprägt sei. Es liege eine schwerste Angststörung vor, die bereits in jungen Erwachsenenjahren ihren Anfang genommen habe und im Laufe der Jahre, vor allem ab 2013/2014 massiv exazerbiert habe (vgl. auch IK-Auszug; act. 22). Wie bereits erwähnt, ist es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Angststörung in seinem angestammten Beruf nicht mehr arbeitsfähig ist. In der angefochtenen Verfügung wird aber zu Recht darauf hingewiesen, dass nicht ersichtlich ist, dass die Angststörung auch zu massgebenden funktionellen Defiziten in einer leidensadaptierten Tätigkeit führt, zumal der E._____ -Experte darauf hingewiesen hat, dass der Beschwerdeführer seine Angststörung im Rückzugsbereich willentlich adäquat beherrschen könne. Zudem wurden im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung keine sonderlich ausgeprägten Befunde erhoben, insbesondere wurde klinisch keine relevante depressive Symptomatik festgestellt. Der psychiatrische Gutachter erwähnte eine leichte Beeinträchtigung der Konzentration und Aufmerksamkeit im Gespräch. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer regelmässig Auto fährt und dabei auch längere Strecken zurücklegt, wie beispielsweise die rund zweistündige Autofahrt von seinem Wohnort zu seinem Therapeuten in Bern, spricht gegen das Vorliegen einer

schweren kognitiven Störung. In Anbetracht der hohen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche das Autofahren an eine Person stellt, ist vielmehr von nicht unerheblichen Ressourcen in diesem Bereich auszugehen (Urteile des BGer 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.3.2.1 und 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.5). Was den Alkoholkonsum anbelangt, so hat der Beschwerdeführer damit laut eigenen Angaben jahrelang seine Ängste selbst therapiert. Nun scheint es ihm aber gelungen zu sein, den Konsum von Alkohol stark zu reduzieren. So berichtete auch der behandelnde Psychiater, dass weitgehend eine Alkoholabstinenz erreicht worden sei, und im Rahmen der Behandlung auch die therapeutisch nicht notwendigen Benzodiazepine ausgeschlichen werden sollen (act. 52). Die Laboruntersuchung wiesen bezüglich der Bestimmung der Psychopharmaka im Blut Werte im Normbereich aus (act. 63 S. 4). Insgesamt ist damit im Hinblick auf eine leidensadaptierte Tätigkeit eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome zu verneinen.

E. 8.4.4

Betreffend den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge zwei- bis dreimal pro Monat seinen Psychiater aufsuche. Die bisherige Therapie sei laut dem Gutachter lege artis erfolgt. Im Rahmen der bisherigen Therapie verhalte sich der Beschwerdeführer kooperativ. Der Gutachter geht davon aus, dass die diversen Ängste durch eine intensive verhaltenstherapeutische Langzeittherapie behoben werden könnten. Im Hinblick auf eine berufliche Eingliederung hat der Beschwerdeführer einen zwölfmonatigen Online-Ausbildungskurs zum Webmaster im Rahmen einer Frühinterventionsmassnahme absolviert. Insgesamt ist nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen. Zu beachten ist indes, dass die Fatigue, soweit sie dem Sjögren-Syndrom zuzuordnen ist, laut der behandelnden Rheumatologin sowie dem rheumatologischen Gutachter nicht behandelbar ist.

E. 8.4.5

Als rechtlich bedeutsame «Komorbiditäten» fallen - nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) - Beschwerden in Betracht, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Als massgebende Komorbidität besteht laut dem E._____ -Gutachten insbesondere ein leistungseinschränkendes Müdigkeitssyndrom (mit rascher geistiger und körperlicher Erschöpfbarkeit, verminderter Leistungsfähigkeit, schnellerer Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisstörung), dem leistungseinschränkende und ressourcenhemmende Wirkung zukommt. Diese Fatigue ist rheumatologisch mit dem Sjögren-Syndrom erklärbar. Zwar hat sie laut den Gutachtern wohl weitere Ursachen (Alkoholkonsum, Nebenwirkung der Medikamente, Schlafapnoe), es ist aber davon auszugehen, dass mit der aus rheumatologischer Sicht attestierten Einschränkung von 40 % das Müdigkeitssyndrom und die damit einhergehende Einschränkung der Durchhalte- und Konzentrationsfähigkeit ausreichend erfasst wurden. Gegen eine schwerere Ausprägung der Fatigue-Problematik spricht, dass von keinem Gutachter eine Tagesschläfrigkeit beobachtet wurde und dass der Beschwerdeführer, wie bereits erwähnt, in der Lage ist, regelmässig über längere Strecken Auto zu fahren. Des Weiteren gibt es keine Hinweise darauf, dass den weiteren im E._____ -Gutachten gestellten somatischen Diagnosen eine ressourcenhemmende Wirkung zukommt.

E. 8.4.6

Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sein funktionelles Leistungsvermögen einschränkt, ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Der psychiatrische Experte hat keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung gefunden (BGE 141 V 281 E. 4.3.2).

E. 8.4.7

Der Komplex «sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen verfügt (gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seiner Tochter, soziale Kontakte zu seinem Vater und zu einem Freund).

E. 8.4.8

In der Kategorie «Konsistenz» ist in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) ersichtlich, dass sich zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, der sich «vielleicht noch stundenweise 1-2 Stunden pro Tag» als arbeitsfähig betrachtet, und seinen Tätigkeiten im Alltag, seiner Funktion in der Familie sowie den längeren Autofahrten ein gewisses Ungleichgewicht besteht. Der ebenfalls zur Konsistenz gehörende Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist als erfüllt zu betrachten, nachdem der Beschwerdeführer laut Einschätzung des Gutachters therapeutische Optionen nicht vernachlässigt, sondern in ausreichendem Masse in Anspruch genommen hat.

E. 8.5

Insgesamt ist aufgrund der vorgenommenen Prüfung der Indikatoren davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht keine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von mehr als 40 % ausgewiesen ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz von der Einschätzung des psychiatrischen Experten abgewichen ist und lediglich die aus rheumatologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % anerkannt hat. Der medizinische Sachverhalt erweist sich insgesamt als rechtsgenügend abgeklärt. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist.

E. 9

Zu prüfen sind nachfolgend die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers.

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 (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil

des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). 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), weshalb das vom Beschwerdeführer verlangte Vorgehen, das Valideneinkommen aufgrund der Verhältnisse in der Schweiz und das Invalideneinkommen aufgrund der Verhältnisse in Deutschland zu bestimmen, nicht zulässig ist.

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_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.1). Vorliegend ist der frühest mögliche Rentenbeginn der 1. November 2016, was unbestritten ist.

E. 9.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt 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 müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

E. 9.3.1

Die Vorinstanz ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens im massgeblichen Zeitpunkt (November 2016) bei seiner letzten Arbeitgeberin, der C._____ AG, als Senior Client & Network Security Engineer tätig wäre. Zur Ermittlung des Valideneinkommens hat sie, wie dies vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren beantragte wurde, auf die Angaben gemäss Arbeitsvertrag vom 16. Juni 2015 abgestellt. Demnach hätte der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2016 bei guter Leistung und Eignung ein Salär von jährlich Fr. 145'080.- (Fr. 11'160.- x 13) erzielt (act. 78). Dieses Vorgehen ist unbestritten und nicht zu beanstanden. Trotz der kurzen Anstellungsdauer von rund zweieinhalb Monaten rechtfertigt es sich, auf die Angaben im Arbeitsvertrag der letzten Arbeitgeberin abzustellen, zumal der Beschwerdeführer auch in den vergangenen Jahren (vgl. Jahre 2005 bis 2012) im Durchschnitt ein Einkommen in vergleichbarer Höhe realisiert hat (vgl. IK-Auszug; act. 22).

E. 9.3.2

Der Beschwerdeführer verlangt, dass zum hypothetischen jährlichen Einkommen von Fr. 145'080.- noch ein Bonus von mindestens 10 % hinzuzurechnen sei, was ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 159'588.- ergebe. Er weist darauf hin, dass Banken ihren Mitarbeitenden in der Regel einen Bonus von 10-15 % des Bruttogehalts ausrichten würden. Mit seiner Replik hat er einen die Bonuszahlungen betreffenden Auszug aus dem Personalreglement der C._____ AG eingereicht (Beilage zu BVGer-act. 8).

E. 9.3.3

Aus den im IK-Auszug eingetragenen Einkünften und den vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen kann nicht abgeleitet werden, dass ihm ohne Eintritt des Gesundheitsschadens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Bonus in der Höhe von 10 % seines Grundlohnes ausgerichtet worden wäre. Von seinem letzten Arbeitgeber hat der Beschwerdeführer während der kurzen Anstellungsdauer keine Bonuszahlung erhalten. Allein der Umstand, dass im Personalreglement der C._____ AG die Möglichkeit vorgesehen ist, dass den Mitarbeitenden ein individueller Bonus (unter Berücksichtigung namentlich der individuellen Leistung und des Verhaltens) in unbestimmter Höhe ausgerichtet werden kann, rechtfertigt hier - auch mit Blick auf die in den vergangenen Jahren erzielten Einkünften (vgl. IK-Auszug; act. 22) - keine Aufrechnung einer Bonuszahlung. Für den Einkommensvergleich ist daher ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 145'080.- heranzuziehen.

E. 9.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

E. 9.4.1

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. Massgebend ist die LSE 2014, zumal die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, im Verfügungszeitpunkt noch nicht vorlagen (vgl. Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Umstritten ist die Wahl der massgeblichen LSE-Tabelle.

E. 9.4.2

Die Vorinstanz setzte das trotz invalidisierender Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch erzielbare Einkommen (Invalideneinkommen) unter Verwendung des in der Tabelle T17 gemäss LSE 2014 für die Berufsuntergruppe Ziff. 35 «Informations- und Kommunikationstechniker» ausgewiesenen statistischen Durchschnittseinkommens der Männer im Alterssegment «Total» von Fr. 6'583.-, welches sie auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden umrechnete und der Nominallohnentwicklung anpasste, unter Berücksichtigung einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % auf Fr. 49'222.40 fest. Einen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen gewährte die Vorinstanz nicht, weil die Einschränkungen bereits in der Restarbeitsfähigkeit und bei der Ermittlung des Invalideneinkommens berücksichtigt worden seien (siehe act. 83).

E. 9.4.3

Der Beschwerdeführer wendet ein, dass eine Tätigkeit als Informations- und Kommunikationstechniker mit seinen bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen nicht zumutbar sei und das entsprechende Einkommen von Fr. 6'583.- für ihn nicht erzielbar wäre. Es sei daher auf die Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, abzustellen (Fr. 5'312.- pro Monat bei einem 100 %-Pensum).

E. 9.4.4

Praxismässig ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen. Üblich ist die Tabelle TA1. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut, sondern kennt Ausnahmen. Es kann sich durchaus rechtfertigen, auf die Tabelle TA7 resp. T17 (ab 2012) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht (vgl. Urteil des BGer 8C_212/2018 vom 13. Juni 2018 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Das Abstellen auf die Tabelle T17 der LSE 2014 ist daher nicht grundsätzlich unzulässig (vgl. etwa Urteile des BGer 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2 und 8C_212/2018 E. 4.4.2).

E. 9.4.5

Der Beschwerdeführer ist diplomierter Informatiker, arbeitete viele Jahre in diesem Berufsfeld und hat in diesem Bereich zahlreiche Schulungen absolviert. Im Rahmen einer von der Invalidenversicherung finanzierten Frühinterventionsmassnahme hat er zudem einen Online-Ausbildungskurs zum Webmaster absolviert (vgl. Beschwerde, S. 12) und gegenüber der kantonalen IV-Stelle die Absicht geäussert, künftig im Bereich Webmaster, Webdesign und Internet arbeiten zu wollen (act. 23). Der Beschwerdeführer ist primär in seiner Belastbarkeit sowie der Fähigkeit, mit anderen Personen zusammenzuarbeiten, eingeschränkt. Das hindert ihn zwar daran, eine Führungsposition einzunehmen, eine Tätigkeit als Webmaster oder eine andere vergleichbare Tätigkeit im Bereich der Informatik erscheint aber aufgrund des formulierten Belastbarkeitsprofils nach wie vor zumutbar. Dabei kommt ihm sein Fachwissen und seine jahrelange Berufserfahrung in diesem Spezialgebiet nach wie vor zu Gute. Angesichts dessen ist ein Abstellen auf die Tabelle T17, Berufsuntergruppe Ziff. 35 ««Informations- und Kommunikationstechniker»» sachgerecht. Unter diese Berufsgruppe fällt unter anderem auch der Beruf des Webmasters (vgl. internationale Berufsnomenklatur [ISCO-08], abrufbar unter www.bfs.admin.ch). Der Einwand des Beschwerdeführers, ihm seien nur noch Tätigkeiten gemäss Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) zumutbar, ist in Anbetracht seiner Ausbildung und Berufserfahrung nicht überzeugend. Das Vorgehen der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden. Es ist somit von einem jährlichen Invalideneinkommen von Fr. 49'222.40 auszugehen.

E. 9.5

Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, auf dem Tabellenlohn sei ein Leidensabzug von 25 % zu gewähren. Er bringt vor, dass sich sein Wohnort im Ausland (Grenzgänger), die Teilzeitarbeit, die Einschränkung auf die Arbeit im rückwärtigen Raum im Homeoffice-Bereich, die weiteren Einschränkungen (keine Nacht- und Schichtarbeit, keine Chauffeur Tätigkeiten, keine Arbeiten an trockenen und windigen Arbeitsorten etc.) sowie das Zittern lohnreduzierend auswirkten.

E. 9.5.1

Praxisgemäss kann von dem anhand von LSE-Tabellenlöhnen ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Dieser soll persönlichen und beruflichen Umständen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Rechnung tragen, welche negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe der gesundheitlich beeinträchtigten Person haben können. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 126 V 75 und seitherige Entscheide). Mit Bezug auf den leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die den Abzug vom Tabellenlohn betreffende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil 9C_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

E. 9.5.2

Im vorliegenden Fall wurde den mit der Fatigue einhergehenden Einschränkungen (reduzierte Belastbarkeit, erhöhte Ermüdbarkeit) bereits durch die Festlegung des zumutbaren Pensums von 60 % Rechnung getragen. Ein nochmaliger Einbezug beim Tabellenlohn würde eine unzulässige doppelte Berücksichtigung darstellen (vgl. Urteil 8C_678/2015 vom 9. Juni 2016 E. 5.6 mit Hinweis). Nach der Gerichtspraxis wird in der Regel eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt (Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2017 E. 3.4.2). Der Umstand, dass dem Beschwerdeführer nur noch ein Teilzeitpensum von 60 % zumutbar ist, rechtfertigt ebenfalls keinen Abzug vom Tabellenlohn. Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 60 % bei Männern ohne Kaderfunktion keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 6'080.-) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.-) kein wesentlicher Unterschied. In der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle beläuft sich die Differenz bei den angegebenen Werten (Fr. 5'714.- [Teilzeitpensum] und Fr. 6'069.- [Vollzeitpensum]) zwar auf Fr. 355.- (oder 5,85 %). Allerdings ergibt sich daraus keine überproportionale Lohneinbusse, so dass die Verweigerung eines Abzugs nicht zu beanstanden ist (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2).

E. 9.5.3

Die somatisch begründeten Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils (keine Nacht- und Schichtarbeit, keine Chauffeur Tätigkeiten, keine Arbeiten an trockenen und windigen Arbeitsorten) sowie der Umstand, dass der Beschwerdeführer in Deutschland wohnt, schränken das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten nicht massgebend ein. Angesichts der psychischen Beeinträchtigungen, die nur eine zeitlich flexible Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck bei geringem Publikumsverkehr und ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen erfordert, ist zu beachten, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt eine Vielzahl verschiedenartiger Stellen bietet (Urteil des BGer 9C_400/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.3.1). Ob der Beschwerdeführer verglichen mit einem gesunden Mitbewerber tatsächlich nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung hätte (vgl. Urteil des BGer 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 4.3), kann hier offengelassen werden, zumal sich unter dem Aspekt der psychisch bedingten Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils höchstens ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 5 % bis 10 % rechtfertigen liesse, was aber keinen Anspruch auf eine ganze Rente begründen würde. Im Übrigen ist zu beachten, dass die Vorinstanz bei der Festlegung des Invalideneinkommens anhand der LSE- Tabelle T17 bereits zu Gunsten des Beschwerdeführers den Totalwert für Männer von Fr. 6'583.- (Ziff. 35 «Informations- und Kommunikationstechniker»), anstatt des deutlich höheren Monatslohns für über 50-jährige Männer von Fr. 7'906.-, herangezogen hat. Insgesamt ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat, weshalb die Invaliditätsbemessung auf der Basis eines Invalideneinkommens von Fr. 49'222.40 vorzunehmen ist.

E. 9.6

Aus der Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens resultiert ein aufzurundender (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3) Invaliditätsgrad von 66 % ([Fr. 145'080.- - Fr. 49'857.60] / Fr. 145'080.- x 100). Folglich hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine Dreiviertelsrente ab 1. November 2016 zugesprochen. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden, weshalb die 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. 1 bis 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).