



Urteil vom 22. Februar 2021

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Beat Weber,
Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch MLaw Stephanie C. Elms,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,
Verfügung der IVSTA vom 11. Juli 2019.

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1967 geborene, in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war in den Jahren 2004–2010 in der Schweiz als Zolldeklarant bei der B. _____ AG in einem Pensum von 100 % angestellt (vgl. Akten der Vorinstanz [act.] 4 S. 1 und 6).

A.a Am 24. Februar 2009 erlitt der Versicherte einen Schlaganfall und meldete sich in der Folge am 6. Februar 2010 zum Bezug von Leistungen der IV an (act. 4). Mit Verfügung vom 25. November 2010 sprach die Invalidenversicherungsstelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten mit Wirkung ab 1. August 2010 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (act. 34).

A.b Im Mai 2011 wurde ein Revisionsverfahren zur Überprüfung des Rentenanspruchs eingeleitet (vgl. act. 41).

A.c Mit Verfügung vom 23. Juni 2011 ersetzte die IVSTA die ursprüngliche Verfügung vom 25. November 2010 und berichtigte die Berechnung der zugesprochenen ganzen Invalidenrente (act. 44).

A.d Nach Einholung medizinischer Berichte und Gutachten sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. 218 ff.) stellte die IVSTA mit Verfügung vom 11. Juli 2019 die bisher bezahlte ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers ein (act. 254).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 11. Juli 2019 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 16. August 2019 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter mindestens die Ausrichtung einer Viertelsrente (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1).

B.b Der Beschwerdeführer wurde mit Zwischenverfügung vom 29. August 2019 aufgefordert, einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– bis zum 30. September 2019 zugunsten der Gerichtskasse zu überweisen (BVGer act. 2). Der einverlangte Kostenvorschuss ging am 11. September 2019 in der Gerichtskasse ein (BVGer act. 4).

B.c Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 18. November 2019 die Abweisung der Beschwerde (BVGer act. 6).

B.d Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 10. Januar 2020 an seinen Anträgen fest (BVGer act. 8).

B.e Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 4. Februar 2020 ebenfalls an ihren Anträgen fest (BVGer act. 10).

B.f Mit Instruktionsverfügung vom 7. Februar 2020 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen per 17. Februar 2020 abgeschlossen (BVGer act. 11).

C.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Es 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 durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli bis und mit 15. August (Art. 22a Abs. 1 Bst. b VwVG) – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 16. August 2019 einzutreten ist (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. Juli 2019, mit welcher die Vorinstanz die bisher bezahlte ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV [SR 831.201]) eingestellt hat. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob

die Vorinstanz die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

3.2 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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 Anwendungsbe-reich 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).

4.

4.1 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 zu-

mutbarer 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).

4.2 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

4.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

4.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

4.3.2 Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

4.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2).

4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

4.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des 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).

4.6 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema

– erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des BGer 9C_113/2019 vom 29. August 2019 E. 2.2; 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2, in: SVR 2012 IV Nr. 18; 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.2, in: SVR 2013 IV Nr. 44).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, anhand der vorliegenden medizinischen Beurteilungen lasse sich keine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands überwiegend wahrscheinlich nachweisen. Insbesondere werde in den im Jahr 2017 eingeholten Gutachten in den Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie berichtet, dass sein Gesundheitszustand im Wesentlichen gleichgeblieben sei (BVGer act. 1 S. 4 und 9 f.). Für den Fall, dass das Gericht wider Erwarten eine Verbesserung des Gesundheitszustands als ausgewiesen erachte, sei beim Einkommensvergleich ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen (BVGer act. 1 S. 11).

5.2 Demgegenüber bringt die Vorinstanz insbesondere gestützt auf die im Jahr 2017 eingeholten Gutachten in den Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie vor, es liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine evidente Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse vor. Namentlich seien aus neurologischer Sicht diejenigen Befunde weggefallen, die zur Rentenzusprache geführt hätten. Aus neuropsychologischer Sicht habe festgestellt werden können, dass aufgrund der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung keine schwerwiegenden neuropsychologischen Defizite vorlägen. In dieser Hinsicht habe eine wesentliche Veränderung im Vergleich zu den neuropsychologischen Vorbefunden stattgefunden. Unter Berücksichtigung der somatischen, neurologischen und psychiatrischen funktionellen Beeinträchtigungen werde in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer solchen von 20 % ab 14. März 2017 ausgegangen. Bei

der Bemessung der Invalidität sei dem Beschwerdeführer sodann ein Leistungsabzug von 15 % zu gewähren. Im Ergebnis resultiere ab 14. März 2017 ein Invaliditätsgrad von 37 % (BVGer act. 6 S. 3 f.).

6.

Für die im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilende Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2019 eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, hat die Vorinstanz als Vergleichsbasis die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Zusprache der ganzen Rente mit Verfügung vom 25. November 2010 herangezogen. Dies ist nicht zu beanstanden. Der Verfügung vom 23. Juni 2011, mit welcher einzig die Rentenberechnung angepasst worden ist, liegt keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruches bzw. der gesundheitlichen Verhältnisse zugrunde, weshalb sie als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht fällt.

7.

Die mit Verfügung vom 25. November 2010 erfolgte Zusprache der ganzen Rente beruhte auf der Annahme, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiter Zollbereich seit dem 24. Februar 2009 nicht mehr ausüben konnte und ihm aus gesundheitlichen Gründen damals auch keine andere, angepasste Erwerbstätigkeit zumutbar war. Entsprechend wurde von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bei einem IV-Grad von 100 % ausgegangen (act. 34). In medizinischer Hinsicht stützte sich diese Einschätzung im Wesentlichen auf die folgenden ärztlichen Berichte:

7.1 Im Entlassungsbericht vom 22. April 2009 der Klinik C._____ (Neurologie) in (...) wurden folgende Diagnosen angeführt (act. 1 S. 1):

1. Mediateilinfarkt rechts mit Hemiparese links am 24. Februar 2009 (ICD-10 I63.4)
2. Persistierendes Foramen ovale mit spontanem KM-Übertritt ohne arteriales Septum-Aneurysma (ICD-10 Q21.1)
3. Peripher arterielle Verschlusskrankheit im Stadium II (ICD-10 I73.9)
4. Hypercholesterinämie (ICD10 E78.2)
5. Nikotinabhängigkeitssyndrom, derzeit abstinent (ICD-10 F17.2)

Bei Aufnahme habe eine Feinmotorikstörung der linken Hand bestanden (act. 1 S. 2, 4). Zur sozialmedizinischen Epikrise wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei in der Lage, sich selbständig zu versorgen. Aus neu-

ropsychologischer Sicht sei er wegen der fortbestehenden Einschränkungen der Aufmerksamkeit und konzentrativen Belastbarkeit sowie der Gedächtnisleistungen noch nicht wieder in der Lage, seine Arbeit als Zolldeklarant aufzunehmen. Die längerfristige Erwerbsprognose erscheine positiv (act. 1 S. 7).

7.2 Gemäss Arztbericht vom 10. November 2009 von Dr. med. D. _____, Facharzt für Nervenheilkunde, würden im Laufe der bisher positiven Behandlung aktuell noch Teilleistungsstörungen auffallen, welche aus heutiger Sicht als vorübergehend einzuschätzen seien (act. 8 S. 3). Mit einem weiteren Bericht (Datum unlesbar) beschrieb er einen neurologisch somatisch guten Verlauf, während neuropsychologisch weiterhin schwere Defizite der Kognition bestehen würden, und attestierte auch über den 20. November 2009 hinaus eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 8 S. 2).

7.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 1. März 2010 fest, die kognitiven Leistungen (Konzentration) seien noch massiv eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei weder körperlich noch geistig für einen normalen Arbeitstag mit 8–9 Stunden belastbar. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar (act. 5 S. 9 ff.).

7.4 Im Bericht vom 3. März 2010 führte Dr. med. D. _____ aus, es würde eine organische Minderung der kognitiven Funktionen (Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Umstellfähigkeit) bestehen. Zusätzlich bestünden eine depressive Verstimmung und affektive Labilität. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (act. 5 S. 1–8).

7.5 Dem Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 25. Mai 2010 ist zusammenfassend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 24. Februar 2009 einen Schlaganfall erlitten habe. In der Folge leide er an einer Hemiparese mit Feinmotorikstörung links und an einer psychoorganischen Störung mit stark verminderter Konzentrations- und Belastungsfähigkeit, was die Tätigkeit als Zolldeklarant nicht zulasse. Der prognostische Verlauf sei bei dem relativ jungen Beschwerdeführer noch offen. Gemäss nachvollziehbarer Einschätzung des behandelnden Nervenheilarztes sei in den nächsten sechs Monaten keine Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Theoretisch sei auch danach ein Wiedererlangen der feinmotorischen und kognitiven Fähigkeiten noch möglich. Die RAD-Ärztin schloss daher vorläufig auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit und empfahl eine neue Prüfung in einem Jahr (act. 12).

7.6 Gemäss Verlaufsbericht vom 28. August 2010 von Dr. med. E. _____ sei der Gesundheitszustand seit dem 2. März 2010 stationär. Er berichtete weiterhin von Störung im Kurzzeitgedächtnis, Minderungen der Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Umstellfähigkeit. Die schmerzfreie Gehstrecke betrage 300 Meter (act. 23).

8.

Im Rahmen des im Mai 2011 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens (act. 41) wurden im Wesentlichen folgende medizinische Akten beigezogen:

8.1 Gemäss Bericht von Dr. med. F. _____, Praxis für Gefässmedizin, habe sich der Beschwerdeführer am 28. April 2011 zur Kontrolle bei bekannter PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) vorgestellt. Er habe berichtet, dass das rechte Bein nach ungefähr 10 Minuten Laufen müde werde und er beim Schwimmen weniger Beschwerden habe. Weiter führte Dr. med. F. _____ aus, duplexsonographisch finde sich unverändert in der rechten Arteria iliaca communis eine 50 %-ige Instent-Stenose, im Vergleich zum August 2010 keine Verschlechterung (act. 39 S. 2).

8.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete mit Verlaufsbericht vom 21. Juli 2011 von einem stationären Gesundheitszustand und verwies auf den Entlassungsbericht der Kliniken H. _____, wo sich der Beschwerdeführer vom 28. September bis 26. Oktober 2010 stationär aufgehalten habe (act. 42). In diesem Bericht wurden folgende Diagnosen angeführt: Mediateilinfarkt rechts ohne bildmorphologisches Korrelat am 24. Februar 2009 (ICD-10 I63.4); persistierendes Foramen ovale ohne Aneurysma (ICD-10 Q21.1); neurokognitive Defizite hinsichtlich des psychomotorischen Tempos und beim Behalten von Textinformationen (ICD-10 F06.7); Einschränkung der Gehfähigkeit im Rahmen einer PAVK in den Beinen beidseits (ICD-10 R26.8); Belastbarkeitsminderung (ICD-10 F48.0; act. 30 S. 1). Zum Rehabilitationsergebnis wurde festgehalten, im Vordergrund des Krankheitsbildes sei ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom gestanden, das bei der Testauswertung in der Neuropsychologie bestätigt worden sei. Auch in der Berufstherapie habe der Beschwerdeführer unter ergonomischen Gesichtspunkten kein verwertbares Leistungsbild erzielen können. Die vorliegende körperliche und konzentrierte Belastbarkeitsminderung sowie eine psychische Instabilität bei bestehender Depression hätten sich als arbeitsrelevante Funktionsstörungen erwiesen. Bei einem bestehenden Entwicklungspotential und adäquater psychotherapeutischer Begleitung werde eine erneute Leistungsüberprüfung

in einem Jahr empfohlen. Insgesamt sei der Beschwerdeführer psychisch stabiler geworden, die Kopfschmerzen würden nicht mehr täglich auftreten, sondern nur bei deutlicher Belastung. Auch die neurokognitiven Defizite habe er verbessern können, die Feinmotorikstörung der linken Hand habe sich vollständig zurückgebildet. Leider seien die psychische Instabilität, die neurokognitiven Defizite, die eingeschränkte Gehfähigkeit und die deutliche Belastbarkeitsminderung erhalten geblieben. Der Beschwerdeführer benötige weiterhin eine intensive psychotherapeutische Betreuung, ein Hirnleistungstraining und eine Physiotherapie mit Fokussierung auf ein Ausdauertraining sowie eine begleitende gefässchirurgische Betreuung (act. 30 S. 9). Im Rahmen der sozialmedizinischen Epikrise wurde festgehalten, dass Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an das psychomotorische Tempo und das Multitasking sowie an die Gangsicherheit nicht möglich seien. Hingegen seien Bürotätigkeiten in einem strukturierten Rahmen möglich. Um die berufliche Reintegration weiter zu fördern, werde die Integration des Beschwerdeführers in eine Übungsfirma empfohlen. Unter Berücksichtigung des vorhandenen Entwicklungspotentials und unter begleitender psychotherapeutischer Betreuung, sei eine Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu erwarten. Weiter sei eine erneute Überprüfung des Leistungsbildes in einem Jahr zu empfehlen. Der Beschwerdeführer werde arbeitsunfähig entlassen (act. 30 S. 10).

8.3 Im Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2011 der Kliniken H. _____ wurden folgende Diagnosen angeführt: Mediateilinfarkt 24. Februar 2009 (ICD-10 I63.4); neurokognitive Defizite (ICD-10 F06.7); Belastbarkeitsminderung (ICD-10 R26.8); Hemiparese links (ICD-10 G81.1); depressive Reaktion (ICD-10 F32.0). Weiter wurde festgehalten, die Depression habe sich gebessert. Ferner liege eine geringe Besserung der neurologischen Störung und der Belastbarkeit vor. Dem Beschwerdeführer sei eine Tätigkeit mit geringen kognitiven Anforderungen, ohne Publikumsverkehr und ohne hohe Anforderungen an Gleichgewicht und Feinmotorik im Umfang von 4–6 Stunden täglich zumutbar, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von mindestens 50 % bestehe (act. 52). Mit Brief vom 4. Dezember 2012 wurde präzisiert, dass sich die Leistungsbeurteilung auf die im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes vom 28. September bis 26. Oktober 2010 erhobenen Befunde stütze. Nach dem 26. Oktober 2010 hätten sie den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen (act. 57).

8.4 Mit Ärztlichem Gutachten vom 18. April 2012 hielt Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, fest, der Beschwerdeführer klage

über Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, extreme Empfindlichkeit gegenüber Lärm und Beschwerden bei längerem Laufen sowie Magenbeschwerden, wobei all diese Schwierigkeiten in der Folge des Schlaganfalles aufgetreten seien. Als Diagnosen wurden Mediateilinfarkt rechts (ICD-10 I63.4) und neuropsychiatrische Defizite (ICD-10 F06.7) genannt. Weiter führte Dr. med. I. _____ aus, die Stimmung sei subdepressiv gefärbt und der Antrieb deutlich verringert. Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien deutlich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei insbesondere nicht mehr in der Lage, sich länger als 15–30 Minuten auf Texte zu konzentrieren, also auch auf schriftliche Arbeitsanweisungen zu reagieren. Beschwerdebild und Untersuchungsergebnis würden sich im Sinne des Persistierens einer ausgeprägten und verzweigten Hirnleistungsschwäche decken, während die sensomotorischen Störungen zu Beginn abgeklungen seien. Diagnostisch handle es sich um einen Residualzustand nach Mediainsult rechts vom 24. Februar 2009. Auf psychiatrischem Gebiet sei der Beschwerdeführer abgesehen von den neurologisch ausgelösten Störungen unauffällig. Er empfahl die Umwandlung der Zeitrente in eine Dauerrente, da der Beschwerdeführer eine ausreichende Hirnleistungsfähigkeit nicht mehr erreichen werde. Die letzte als auch eine angepasste Tätigkeit seien im Umfang von unter 3 Stunden möglich (act. 95 S. 3 und 5 ff.).

8.5 Gemäss Verlaufsbericht vom 1. Februar 2013 von Dr. med. E. _____, Facharzt Innere Medizin, habe sich der Gesundheitsschaden nicht verändert. Als Diagnosen wurden genannt: Folgen eines Schlaganfalls; periphere arterielle Verschlusskrankheit; kognitive Störungen; essentielle Hypertonie. Aktuell würden Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses sowie ein verzögertes Denken bestehen. Eine angepasste Tätigkeit könnte im Umfang von rund 4 Stunden täglich ausgeübt werden (act. 60).

8.6 Dipl.-Med. J. _____ führte am 7. Mai 2013 eine Doppler-/Duplexsonographie der Beinarterien beidseits durch. Im entsprechenden Bericht wurden folgende Diagnosen genannt: Zustand nach Stent-PTA beider Beckenachsen bei Leriche-Syndrom (zuletzt 06/09 rechts) mit Zustand nach PTA des rechtsseitig liegenden Stents (2009) – kompensierte Restenose (act. 67, 242, 243).

8.7 Mit Schreiben vom 2. Juli 2013 teilte Dr. med. E. _____ unter anderem mit, dass die eingeschränkte Vigilanz- und Konzentrationsbeeinträchtigungen weiterhin bestehen würden (act. 68, 244).

8.8 Auf entsprechende Anfrage teilte Dr. med. E. _____ mit Schreiben vom 29. März 2014 mit, er habe in den Jahren 2012 und 2013 lediglich eine depressive oder unzufriedene Grundstimmung ohne Krankheitswert festgestellt. Der Beschwerdeführer habe immer wieder über eine gestörte Vigilanz oder Konzentrationsschwäche geklagt. Eine psychiatrische Behandlung sei nicht erfolgt. Aus hausärztlicher Sicht sei bei einer medizinischen Abklärung eine psychiatrische Exploration eher nicht zu empfehlen (act. 73 f.).

8.9 Dipl.-Med. J. _____ führte am 27. Februar 2015 wiederum eine Doppler-/Duplexsonographie der Beinarterien beidseits durch und bestätigte angesichts der Befundkonstanz die am 7. Mai 2013 erwähnten Diagnosen (act. 93, 100, 245).

8.10 Dr. med. E. _____ führte in seinem Kurzbericht vom 5. Mai 2015 als Diagnosen Folgen eines Hirninfarktes (ICD-10 I69.3), Neurodermitis (ICD-10 L20.8) und periphere Durchblutungsstörungen beidseits (ICD-10 I87.2) an. Im Verlauf des letzten Jahres seien keine wesentlichen Veränderungen aufgetreten. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an Konzentrationsschwäche, Müdigkeit und Vergesslichkeit, fühle sich in Menschengruppen unruhig und gereizt. Seine Gehzeit ohne Schmerzen betrage subjektiv 10 Minuten (act. 101, 247).

8.11 Im Ärztlichen Gutachten vom 14. August 2015 von Dr. med. K. _____, Facharzt für Innere Medizin, wurden folgende Diagnosen genannt: PAVK (ICD-10 I73.9); Zustand nach Schlaganfall (ICD-10 I64); Hypertonie (ICD-10 I10.00); Hyperlipidämie (ICD-10 E78.5); Neurodermitis. Die PAVK limitiere die Wegstrecke auf 300–400 Meter. Betreffend den erlittenen Schlaganfall würden sich klinisch keine wesentlichen Residuen ergeben. Zur Gesamtbeurteilung sollten unbedingt der Ausgangsbefund und gegebenenfalls zwischenzeitliche Berichte herangezogen werden. Eine neurologische Begutachtung sei ja geplant. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erachtete Dr. med. K. _____ die letzte berufliche Tätigkeit als im Umfang von 6 Stunden und mehr möglich. Das Leistungsbild umschrieb er folgendermassen: leichte bis mittelschwere Arbeiten überwiegend im Sitzen und zeitweise im Stehen oder Gehen, aber ohne erhöhte Anforderungen an Konzentration und Gedächtnis. Eine diesem Leistungsbild entsprechende Tätigkeit sei ebenfalls im Umfang von 6 Stunden und mehr möglich (act. 108).

8.12 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, stellte in ihrem Ärztlichen Gutachten vom 2. November 2015 folgende Diagnosen: Neuropsychologisches Defizit (ICD-10 F06.7) nach Mediateilinfarkt rechts ohne bildmorphologisches Korrelat vom 24. Februar 2009 (ICD-10 I63.4); Belastbarkeitsminderung; Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2, Verdacht); persistierendes Foramen ovale; Einschränkung der Gehfähigkeit im Rahmen einer PAVK der Beine beidseits bei Zustand nach Stentimplantation beidseits (act. 116 S. 12 f.). Der neurologische Befund sei im Wesentlichen unauffällig. Eine Gangprüfung über dreihundert Meter hinaus sei nicht möglich, sodass auch das Gangbild in der Untersuchungssituation keine Auffälligkeiten zeige. Im psychischen Befund wirke der Beschwerdeführer ablehnend, moros in der Grundstimmung, in den Affekten labilisiert. Er leide glaubhaft nach wie vor an konzentrativen und Gedächtnisstörungen. Aus Kostengründen seien keine Leistungstests durchgeführt worden. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer in seinen kognitiven Funktionen beeinträchtigt, sodass die vorherige Tätigkeit als Zolldeklarant nicht durchführbar sei. Arbeiten, die mit hohem Zeitdruck sowie konzentrativen Tätigkeiten verbunden seien, seien nach wie vor nicht vorstellbar. Auch schwere körperliche Arbeiten seien aufgrund der Verschlusskrankheiten sowie der Stents ebenfalls nicht möglich (act. 116 S. 15). Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gab Dr. med. L. _____ an, die letzte berufliche Tätigkeit sei im Umfang von unter 3 Stunden möglich. Weiter führte sie an, leichte Tätigkeiten ohne Zeitdruck und hohe Anforderung an Konzentration und Gedächtnis könnten nach einer beruflichen Rehabilitation allenfalls im Umfang von 6 Stunden und mehr möglich sein (act. 116 S. 2).

8.13 Auf Empfehlung der IV-Neurologin Dr. med. M. _____ liess die Vorinstanz den Beschwerdeführer neurologisch und neuropsychologisch begutachten (vgl. act. 122, 144).

8.13.1 Dr. med. N. _____, FMH Neurologie, nannte in ihrem Teilgutachten vom 14. Januar 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Teilinsult im Bereich der Arteria cerebri media rechts (24.02.2009), restituiert. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie PAVK Stadium IIa, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Neurodermitis an. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, aus den Akten gehe hervor, dass es beim Beschwerdeführer am 24. Februar 2009 zu einem die linke Seite betreffenden Insult gekommen sei. Nach einer notfallmässigen Hospitalisation auf der neurologischen Klinik in (...) habe sich der Insult vollständig gebessert. Auch kernspintomographisch

habe sich kein Hinweis mehr auf das Ereignis gefunden, das einem Medi-ateilinfarkt rechts entsprochen hätte. Trotz einer klinisch guten, äusserst raschen Restitution mit fehlendem Nachweis des Insultes im zerebralen Kernspintomogramm sei es aber nicht zu einer Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit gekommen. Bei der neurologischen Untersuchung seien alle Befunde im Normbereich gewesen. Das plumpe Einbeinhüpfen sei der PAVK zuzuordnen. Anamnestisch würden sich Hinweise für die bekannte fortbestehende Gefässerkrankung an den unteren Extremitäten finden. Aus neurologischer Sicht ergebe sich für die erlernte berufliche Tätigkeit wie auch für eine angepasste Tätigkeit während sechs Monaten nach dem Insult eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, danach eine solche von 80 %. Dies unter Berücksichtigung des abgelaufenen Insultes, der allgemein die körperliche Belastbarkeit etwas vermindere. Zum Belastungsprofil hielt die neurologische Gutachterin fest, dass schwere körperliche Arbeiten nach einem zerebralen Infarkt nicht mehr möglich seien. Auch verhindere die beeinträchtigte Gehstrecke einen Beruf, bei dem häufig längere Gehstrecken erforderlich seien. Schliesslich wurde darauf hingewiesen, dass neuropsychologische Einschränkungen und allfällige psychiatrische Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt worden seien (act. 164 S. 9 ff.). Auf die Frage der Vorinstanz, ob sich der Gesundheitszustand seit dem 23. Juni 2011 verändert habe, antwortete Dr. med. N._____, von neurologischer Seite habe sich dieser wahrscheinlich nicht verändert. Schon bei der Nachbehandlung in (...) seien die neurologischen Verhältnisse normalisiert gewesen (act. 164 S. 14).

8.13.2 Die neuropsychologische Begutachtung erfolgte durch Prof. Dr. rer. Nat. O._____, Diplom-Psychologe, und lic. phil. P._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP. Das Gutachten datiert vom 14. März 2017. Die Gutachter hielten im Ergebnis fest, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung keine schwerwiegenden neuropsychologischen Defizite vorliegen würden. Hingegen hätten sich bei der Testung Minderleistungen gezeigt. Insgesamt sei davon auszugehen, dass psychische Faktoren die Leistungen des Beschwerdeführers beeinflussen würden. Da aufgrund der aktuellen Befunde Beschwerdeverdeutlichungstendenzen als möglich anzusehen seien, dürften psychische und motivationale Aspekte zu den vereinzelt auffälligen neuropsychologischen Testleistungen beigetragen haben. Diagnostisch sei von neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen in Form von leichten Schwierigkeiten bei der Enkodierung komplexer Textinformationen und leichten Kurzzeitgedächtnisbeeinträchtigungen (verbale Erfassungsspanne und Arbeitsgedächtnis, visuell-räumliche Merkspanne; ICD-10

F07.8) auszugehen. Die Verlangsamung bei Antriebsminderung sei nicht eine primär neuropsychologisch bedingte Funktionsstörung, sondern stehe vermutlich in Zusammenhang mit einem psychiatrischen Störungsbild und wäre entsprechend zu behandeln und zu diagnostizieren. Inwiefern mögliche attentionale Beeinträchtigungen vorliegen und deren tatsächliche Ausprägung, könne aufgrund der Verdeutlichungstendenz nicht eruiert werden. Da in den beiden vorhergehenden neuropsychologischen Abklärungen weiter keine Auffälligkeiten im Kurzzeitgedächtnis berichtet worden seien, sei unklar, inwiefern es sich bei den beobachteten Beeinträchtigungen um Dekonditionierungsfolgen oder um Begleiterscheinungen der Antriebsstörung handle. In der angestammten Tätigkeit würden sich aufgrund der aktuellen neuropsychologischen Beurteilung vor allem qualitativ Einschränkungen aufgrund der Schwierigkeiten bei der Aufnahme komplexer Textinformation und einem eingeschränkten Arbeitsgedächtnis ergeben. Diese Schwierigkeiten dürften sich vor allem bei Aufgaben, die Multitaskinganforderungen aufweisen oder die schnelle Integration und Aufnahme auditorischer komplexer Textinformation verlangen, auswirken. So seien Schwierigkeiten zu erwarten bei geschwindigkeitsintensiven Aufgaben, die einen hohen Anspruch an die geteilte Aufmerksamkeit aufwiesen, und bei denen gleichzeitig Informationen über das Gehör aufgenommen werden sollten. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 25 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Defizite hingegen keine begründete verminderte Leistungsfähigkeit (act. 171 S. 26 f.).

8.13.3 Im Rahmen der integrativen Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, da die neurologisch, hauptsächlich motorisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % und die neuropsychologisch, durch die Schwierigkeiten in der Enkodierungsfähigkeit bedingte Arbeitsunfähigkeit von 25 % nicht substituiert werden könnten, müsse die medizinisch und die neuropsychologisch bedingte Arbeitsfähigkeit kumuliert werden. Somit ergebe sich in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Bei einer leidensangepassten sitzenden Tätigkeit würden die neuropsychologisch bedingten Beeinträchtigungen jedoch nicht in dem Ausmass bestehen, d.h. die Enkodierungs- sowie die Kurzzeitgedächtnisschwierigkeiten könnten durch entsprechende Wiederholungen gut kompensiert werden. Somit bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit nur eine medizinisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % (act. 171 S. 28 f.). Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs sei anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf neurologischem und neuropsychologischem Fachgebiet bis sechs Monate nach dem Insult maximal 20 % betragen habe. Danach habe die erwähnte

Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem Insult vom 24. Februar 2009 eingeschränkt (act. 171 S. 35 f.). Auf entsprechende Fragen der Vorinstanz hin wurde schliesslich ausgeführt, seit dem 23. Juni 2011 hätten sich aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich verändert (act. 171 S. 36).

8.14 Gestützt auf das neurologische-neuropsychologische Gutachten ging die IV-Neurologin Dr. med. M. _____ in ihrer Stellungnahme vom 10. April 2017 für die bisherige Tätigkeit ab 24. Februar 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. ab 14. März 2017 (Datum des neuropsychologischen Teilgutachtens) von 40 % aus. In einer angepassten Tätigkeit habe die Arbeitsunfähigkeit ab 24. Februar 2009 100 % bzw. ab 14. März 2017 20 % betragen. Weiter führte sie aus, der Gesundheitszustand habe sich insofern verändert, als die Störung der Feinmotorik der linken Hand verschwunden sei. Es liege eine deutliche Besserung vor, so habe sich die Konzentrationsfähigkeit normalisiert und anlässlich der jüngsten neuropsychologischen Untersuchung sei keine anormale Ermüdbarkeit feststellbar gewesen. Schliesslich hielt sie fest, dass die Gutachter eine psychiatrische Abklärung empfohlen hätten und bat, das Dossier einem IV-Psychiater vorzulegen (act. 177).

8.15 Nach Vorlage des Dossiers beim IV-Psychiater Dr. med. Q. _____ (act. 182) wurde bei Dr. med. R. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. In seinem Gutachten vom 11. Dezember 2017 nannte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) mit maximal leichtgradigen neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen und ein Status nach Teilinsult im Bereich der Arteria cerebri media am 24. Februar 2009, neurologisch restituiert. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Folgende: reaktive depressive Episode unbekanntes Ausmasses im Anschluss an den Insult, in Remission spätestens seit April 2012 (ICD-10 F32.4) differentialdiagnostisch Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21); Nikotinabusus (F17.1); periphere arterielle Verschlusskrankheit beider Beine; Hypertonie, Hyperlipidämie (act. 212 S. 18). Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Dr. med. R. _____ aus, der Hirninfarkt im Februar 2009 habe das berufliche Aus bedeutet. Die somatischen Folgen der Gesundheitsschädigung seien innert Monaten abgeheilt; persistierend und verantwortlich für die

funktionellen Einschränkungen würden die neuropsychologischen Einschränkungen gemacht. In den ersten ca. zwei Jahren nach dem Insult habe eine komorbide Depression unbekanntes Schweregrades bestanden, wahrscheinlich im Rahmen einer Anpassungsstörung (act. 212 S. 25). Die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei hinsichtlich Planung und Strukturierung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptung und Gruppenfähigkeit eingeschränkt. In der angestammten Tätigkeit als Zolldeklarant mit hohen Ansprüchen an Flexibilität, Multitasking und Arbeiten unter Zeitdruck und Lärm bestehe aus psychiatrischer Sicht seit Februar 2009 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Die im neuropsychologisch-neurologischen Gutachten attestierte theoretische Restarbeitsfähigkeit von 60 % sei aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar. Auch bei reduzierter täglicher Präsenzzeit wäre die Performance vermindert, so dass sich die Arbeitsfähigkeit weiter reduzieren würde; bei einer angenommenen Performance von 70 % resultiere dann noch eine Arbeitsfähigkeit von 42 %. Vor allem sei aber davon auszugehen, dass es aufgrund der verminderten Belastbarkeit und Flexibilität im hektischen und lauten Arbeitsumfeld eher über kurz als lang zu einer psychischen Dekompensation käme. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hektik, mit geringer Lärmbelastung, mit repetitiven Arbeitsabläufen und ohne grosse Ansprüche an Multitasking und Flexibilität komme aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Leistungsminderung zu der von Seiten der Neurologie verminderten Arbeitsfähigkeit von 20 % hinzu. Eine Tätigkeit von 80 % sei zumutbar und im Hinblick auf bessere psychische Befindlichkeit auch wünschbar. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit April 2012 (act. 212 S. 30 und 37). Zur Frage, ob sich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit seit dem 23. Juni 2011 verändert haben, hielt Dr. med. R. _____ gestützt auf die Vorakten fest, er gehe davon aus, dass sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem 18. April 2012 am psychischen Befinden und an der psychosozialen Situation bis heute nichts mehr Wesentliches verändert habe, abgesehen von einer anzunehmenden allgemeinen Dekonditionierung durch die weitgehend fehlenden Herausforderungen im Alltag. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit liege seit 23. Juni 2011 keine Veränderung vor. Er halte den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Zolldeklarant seit dem Insult und auf unbestimmte Zeit aufgrund der aus neuropsychologischen Gründen verminderten Belastbarkeit nicht mehr arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit wäre sicher ab 18. April 2012 zu 80 % zumutbar gewesen (act. 212 S. 37 f.).

8.16 Der IV-Psychiater Dr. med. Q._____ führte in seiner Stellungnahme vom 13. März 2018 gestützt auf die medizinischen Gutachten und Berichte aus, der Beschwerdeführer habe im Anschluss an den Schlaganfall vom 24. Februar 2009 Störungen auf psychoorganischer Ebene mit kognitiven Defiziten sowie Störungen auf Ebene des Gemüts erlitten, welche sich im Laufe des Jahres 2012 verbessert hätten, namentlich während des stationären Aufenthalts in den Kliniken H._____, und wie es Dr. med. E._____ mit Verlaufsbericht vom 1. Februar 2013 bestätigt habe. In der Folge lasse sich anhand der internistischen Expertise vom 14. August 2015 (Dr. med. K._____) eine weitere Verbesserung beobachten, welche durch die neuropsychiatrische Expertise von Dr. med. L._____ vom 2. November 2015 bestätigt werde. Dr. med. L._____ attestiere eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von unter 3 Stunden täglich und eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von über 6 Stunden täglich. Die Verbesserung werde durch die in der Schweiz eingeholten Gutachten vom 14. Januar 2017 (neurologisch), vom 14. März 2017 (neuropsychologisch) und vom 11. Dezember 2017 (psychiatrisch) bestätigt. Entsprechend habe beim Beschwerdeführer seit 24. Februar 2009 zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit bestanden. Ab 1. Februar 2013 (Verlaufsbericht von Dr. med. E._____) ergebe sich eine erste Verbesserung des Gesundheitszustands mit einer Arbeitsunfähigkeit von nach wie vor 100 % in der bisherigen Tätigkeit und einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit. Ab 14. März 2017 (Datum des neuropsychologischen Teilgutachtens) ergebe sich eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands mit einer Arbeitsunfähigkeit von 58 % in der bisherigen Tätigkeit und einer solchen von 20 % in einer angepassten Tätigkeit (act. 214 S. 3).

8.17 IV-Neurologin Dr. med. M._____ bestätigte mit Stellungnahme vom 18. Mai 2018 die von IV-Psychiater Dr. med. Q._____ angeführte Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (act. 216).

8.18 In der interdisziplinären Stellungnahme der Expertengruppe des medizinischen Dienstes vom 31. Mai 2019 wurde festgehalten, dass die vom Beschwerdeführer angeführte Neurodermitis keine Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit zeitige. Es würden diesbezüglich auch keine medizinischen Dokumente vorliegen. Die Arteriopathie der unteren Gliedmassen und die damit verbundene Einschränkung der Gehfähigkeit würden keine weitere Arbeitsunfähigkeit begründen, zumal sitzende Tätigkeiten möglich seien. Sodann hätten kardiovaskuläre Risikofaktoren (Bluthochdruck, Hyperlipidämie und Rauchen) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus

den vorliegenden Akten ergebe sich kein Anlass, die geltend gemachten visuellen Beschwerden weiter zu prüfen. Da sich aus der Skoliose und zunehmenden Kyphose keine Einschränkungen ergeben würden, hätten sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit von November 2010 bis zum aktuellen Zeitpunkt verbessert habe. Für die bisherige Tätigkeit sei seit 24. Februar 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Dies ungeachtet einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustands, da die Tätigkeit des Zolldeklarants das Gehen erfordere, was jedoch mit der Arteriopathie der unteren Extremitäten unvereinbar sei. Hingegen seien sitzende Tätigkeiten möglich. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe seit 14. März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (act. 250).

9.

Streitig und zu prüfen ist vorab, ob ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, mithin ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache im November 2010 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2019 eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

9.1 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist das Vorhandensein einer entscheidenderheblichen Differenz in den – hier den medizinischen Akten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidenderheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Tatsachenebene zum früheren Zustand wiedergibt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und nicht revisionsbegründend (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2).

9.2 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass die im Jahr 2017 eingeholten Gutachten (neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch) sich nicht

hinreichend darüber aussprechen, ob und inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands seit dem massgeblichen Vergleichszeitpunkt am 25. November 2010 eingetreten ist. Zum einen beziehen sich die gutachterlichen Ausführungen zu dieser Frage auf einen falschen Vergleichszeitpunkt (23. Juni 2011). Zum anderen ist insbesondere die im neurologisch-neuropsychologischen Gutachten vorgenommene retrospektive Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit Ergebnis der eigenen Würdigung der medizinischen Vorakten und ihrer Untersuchungen. Soweit die gutachterliche Beurteilung des Gesundheitszustands derjenigen, welche der Verfügung vom 25. November 2010 zugrunde gelegt worden ist, entgegensteht, erweist sie sich als unzulässige unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts. Was das Beweisthema der rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustands anbelangt, ermangelt es daher den Gutachten aus dem Jahr 2017 am rechtlich erforderlichen Beweiswert. Auf die gutachterlichen Feststellungen, wonach sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 23. Juni 2011 nicht wesentlich verändert hätten, kann daher nicht abgestellt werden.

9.3 Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung, wonach seit November 2010 eine revisionsbegründende Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten sei, im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der Ärzte ihres medizinischen Dienstes. Die IV-Ärzte Dr. med. M. _____, Dr. med. Q. _____ sowie die Mitglieder der interdisziplinären Expertengruppe des medizinischen Dienstes haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern reine Aktenbeurteilungen vorgenommen. Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst erlaubte, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

9.4 Zunächst ergibt sich aus dem RAD-Bericht vom 25. Mai 2010 sowie den bis dahin der Vorinstanz vorliegenden medizinischen Berichte, dass im

Wesentlichen die als Folge des Schlaganfalls vom 24. Februar 2009 erlittene Hemiparese mit Feinmotorikstörung links und die psychoorganische Störung mit stark verminderter Konzentrations- und Belastungsfähigkeit zur ursprünglichen Rentenzusprache am 25. November 2010 geführt haben.

9.5 Aus dem Entlassungsbericht der Kliniken H. _____ vom 26. Oktober 2010 ergibt sich, dass sich die Feinmotorikstörung der linken Hand während des Rehabilitationsaufenthaltes vollständig zurückgebildet hat (act. 30 S. 9). Zudem ist dem Ärztlichen Gutachten vom 18. April 2012 von Dr. med. I. _____ zu entnehmen, dass die anfänglichen sensomotorischen Störungen abgeklungen seien (act. 95 S. 6).

9.6 Hinsichtlich der Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, insbesondere der Konzentrations- und Belastungsfähigkeit, ergibt der Vergleich der neuropsychologischen Befunde im Verlauf das folgende Bild:

9.6.1 Gemäss Entlassungsbericht vom 22. April 2009 der Klinik C. _____ habe die neuropsychologische Testuntersuchung am Anfang des Rehabilitationsaufenthaltes Hinweise auf Störungen der Aufmerksamkeitsleistungen, vor allem in Form verlangsamter Reaktionszeiten ergeben. Die Konzentrationsleistungen seien zwar noch im unteren Durchschnittsbereich gelegen, hätten aber wohl noch nicht dem bisherigen Leistungsniveau entsprochen. Beeinträchtigungen hätten sich auch im Bereich der sprachlichen und visuellen Gedächtnisleistungen gefunden. Unter dem Titel Fähigkeitsstörungen wurden deutliche Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, Arbeitstempoverlangsamung sowie Störung der sprachlichen und nichtsprachlichen Gedächtnisleistungen genannt (act. 1 S. 5 f.). Eine erneute Testuntersuchung zur Beurteilung des Verlaufs habe keinerlei Besserung der Leistungsfähigkeit ergeben, sondern im Gegenteil eine Tendenz zu weiterer Verlangsamung, die selbst innerhalb eines Testverlaufs von einer Viertelstunde aufgefallen sei. Auch im Bereich der komplexen Gedächtnisleistungen sei die Leistung auffällig niedrig geblieben (act. 1 S. 6). Dr. med. D. _____ bestätigt sodann auch über den 20. November 2009 hinaus das Fortbestehen schwerer Defizite der Kognition (act. 8 S. 2). Dr. med. E. _____ berichtete am 1. März 2010 weiterhin von massiver Einschränkung der kognitiven Leistungen (Konzentration; act. 5 S. 9 ff.).

9.6.2 Im Entlassungsbericht vom 26. Oktober 2010 der Kliniken H. _____ wurde festgehalten, die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung hätten eine leicht bis mittelgradige Beeinträchtigung nahegelegen, die es unwahrscheinlich erscheinen lasse, dass der Beschwerdeführer temporeichen stressbesetzten Berufssituationen gewachsen sei; einschränkend bezüglich der Dauer der Tätigkeit sei die Minderbelastbarkeit (act. 30 S. 7). Im Rehabilitationsverlauf hätten sich neuropsychologisch eine deutliche konzentrierte Belastbarkeitsminderung und Defizite im konzentrativen Bereich mit im Vordergrund stehender deutlicher psychomotorischer Verlangsamung sowie eine Einschränkung der Merkfähigkeit, insbesondere beim komplexeren Textmerken, gezeigt (act. 30 S. 8 f.).

9.6.3 Dr. med. I. _____ stellte in seinem Ärztlichem Gutachten vom 18. April 2012 deutliche Einschränkungen der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses fest. Es persistiere eine ausgeprägte und verzweigte Hirnleistungsschwäche (act. 95 S. 5).

9.6.4 In den Berichten von Dr. med. E. _____ vom 1. Februar 2013, 2. Juli 2013, 29. März 2014 und 5. Mai 2015 ist weiterhin von Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses die Rede (act. 60, 68, 73 f.). Zum genauen Ausmass dieser Störungen finden sich in diesen Berichten jedoch keine detaillierten Angaben.

9.6.5 Dr. med. L. _____ führte in ihrem Ärztlichen Gutachten vom 2. November 2015 aus, der Beschwerdeführer leide glaubhaft an konzentrativen und Gedächtnisstörungen. Da aus Kostengründen jedoch keine Leistungstests durchgeführt werden konnten, war es nicht möglich, diese Störungen näher einzugrenzen. Insgesamt habe der Beschwerdeführer aber derart in seinen kognitiven Funktionen beeinträchtigt gewirkt, dass Arbeiten, die mit hohem Zeitdruck sowie konzentrativen Tätigkeiten verbunden seien, nicht durchführbar seien (act. 116 S. 15).

9.6.6 Im neuropsychologischen Gutachten vom 14. März 2017 wurden keine schwerwiegenden neuropsychologischen Defizite mehr festgestellt. Es wurden neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen in Form von leichten Schwierigkeiten bei der Enkodierung komplexer Textinformationen und leichten Kurzzeitgedächtnisbeeinträchtigungen beschrieben.

9.6.7 Bei der ursprünglichen Rentenzusprache wurde aus neuropsychologischer Sicht von einer psychoorganischen Störung mit stark verminderter

Konzentrations- und Belastungsfähigkeit ausgegangen. Aus den vorliegenden medizinischen Akten erhellt, dass sich die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers im Verlauf nunmehr verbessert haben. Im neuropsychologischen Gutachten vom 14. März 2017 wurden lediglich noch leichte Schwierigkeiten bei der Enkodierung komplexer Textinformationen und leichte Kurzzeitgedächtnisbeeinträchtigungen festgestellt. Auf eine Verbesserung deuten auch die Umstände, dass bereits im Rahmen der Rehabilitation im 2010 in den Kliniken H._____ ein Entwicklungspotential festgestellt wurde und dass Dr. med. E._____ in seinem Verlaufsbericht vom 1. Februar 2013 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von rund 4 Stunden täglich wieder als möglich erachtete (act. 60).

9.7 In psychiatrischer Hinsicht wurden namentlich im zuletzt eingeholten Gutachten vom 11. Dezember 2017 keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit festgestellt. In der Zeit nach dem Schlaganfall bestand offenbar eine psychische Instabilität. Im weiteren Verlauf war der psychische Befund jedoch weitgehend unauffällig. Laut Dr. med. E._____ habe in den Jahren 2012 und 2013 lediglich eine depressive oder unzufriedene Grundstimmung ohne Krankheitswert vorgelegen.

9.8 Hinsichtlich der bereits bei der Rentenzusprache im November 2010 bestehenden PAVK und die damit verbundenen funktionellen Einschränkungen beim Gehen sind aus den vorliegenden Akten keine Änderungen ersichtlich.

9.9 Der Vergleich der im Rentenrevisionsverfahren eingegangenen medizinischen Akten mit den ärztlichen Berichten, welche der ursprünglichen Rentenverfügung vom 25. November 2010 zugrundlagen, zeigt insbesondere, dass sich die Feinmotorikstörung der linken Hand zurückgebildet hat und zumindest seit dem 14. März 2017 (Datum des neuropsychologischen Gutachtens) nur noch leichte kognitive Beeinträchtigungen vorliegen. Demnach ist eine entscheidende Differenz der tatsächlichen Verhältnisse ausgewiesen und die Vorinstanz ist zu Recht vom Vorliegen eines Revisionsgrunds gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgegangen.

10.

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und 6.1).

10.1 Zur Beantwortung der Frage, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Juli 2019 leistungsmässig eingeschränkt war, stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die Gutachten (neurologisch-neuropsychologisch sowie psychiatrisch) aus dem Jahr 2017 sowie die interdisziplinäre Stellungnahme der Expertengruppe ihres medizinischen Dienstes vom 31. Mai 2019. Sie kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für seine bisherige Tätigkeit als Zolldeklarant weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei, hingegen bestehe für eine angepasste Tätigkeit seit 14. März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %.

10.2 Unbestritten und aufgrund der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden ist, dass der Beschwerdeführer namentlich aufgrund seiner eingeschränkten Gehfähigkeit infolge Gefässerkrankung der Beine die bisherige Tätigkeit als Zolldeklarant nicht mehr ausüben kann. Im Folgenden ist die vorinstanzliche Feststellung des (aktuellen) Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und die Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit zu überprüfen. Ausgangspunkt dieser Prüfung bilden das neurologisch-neuropsychologische Gutachten vom 14. Januar/14. März 2017 sowie das ergänzende psychiatrische Gutachten vom 11. Dezember 2017.

10.2.1 Die genannten Gutachten wurden jeweils durch entsprechend qualifizierte Fachärzte erstellt. Sie beruhen grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben. Im Weiteren wurden die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Das neurologisch-neuropsychologische Gutachten enthält eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung). Das psychiatrische Gutachten erfolgte ergänzend zum interdisziplinären Vorgutachten und in Kenntnis desselben. Insgesamt erfüllen diese Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise, zumindest soweit sie die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit betreffen (vgl. auch E. 9.2 vorstehend).

10.2.2 Anlässlich der neurologischen Untersuchung lagen die erhobenen Befunde im Normbereich. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Teilinsult im Bereich der Arteria cerebri media

rechts (24.02.2009), restituiert, genannt und festgehalten, dass der erlittene Insult die körperliche Belastbarkeit allgemein etwas mindere. In einer angepassten sitzenden Tätigkeit bestehe daher eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Sodann wurden neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen in Form von leichten Schwierigkeiten bei der Enkodierung komplexer Textinformationen und leichten Kurzzeitgedächtnisbeeinträchtigungen (verbale Erfassungsspanne und Arbeitsgedächtnis, visuell-räumliche Merkspanne; ICD-10 F07.8) diagnostiziert. Diese Schwierigkeiten könnten aber in einer angepassten Tätigkeit durch entsprechende Wiederholungen gut kompensiert werden, sodass die neuropsychologischen Defizite keine verminderte Leistungsfähigkeit begründen würden. Schliesslich wurden anlässlich der Begutachtung keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die reaktive depressive Episode (differentialdiagnostisch Anpassungsstörung) im Anschluss an den Insult remittiert ist und die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Hinblick auf bessere psychische Befindlichkeit sogar wünschbar ist.

10.2.3 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % in einer angepassten Tätigkeit lässt sich anhand der erhobenen Befunde nachvollziehen. Die Gutachter haben auch die Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und gewürdigt. So wurde namentlich der Gefässerkrankung der Beine durch die Vorgabe einer sitzenden Tätigkeit genügend Rechnung getragen; ferner wird eine Tätigkeit ohne Hektik, mit geringer Lärmbelastung, mit repetitiven Arbeitsabläufen und ohne grosse Ansprüche an Multitasking und Flexibilität empfohlen. Im Übrigen ergeben sich aus den vorliegenden Akten keinerlei Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sprechen würden. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer spätestens ab dem 11. Dezember 2017 (Datum des ergänzenden psychiatrischen Gutachtens) eine angepasste sitzende Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar ist.

10.3 Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

10.3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten 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). 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).

10.3.2 Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die laufende Rente frühestens verändert werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1), hier auf den 1. September 2019 (vgl. Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV).

10.3.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen 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). Im vorliegenden Fall ist das Valideneinkommen – wie bereits im Einkommensvergleich vom 25. November 2010 bzw. 23. Juni 2011 – anhand des letzten effektiv erzielten Bruttolohnes aus dem Jahr 2010 von jährlich Fr. 67'600.– bzw. Fr. 5'633.– (inkl. 13. Monatslohn; act. 6 S. 3) zu bemessen. Dieser Lohn ist auf das Jahr 2019 zu indexieren, was Fr. 5'968.– ergibt ($\text{Fr. } 5'633.- : 2151 [\text{Index Männer } 2010] \times 2279 [\text{Index Männer } 2019]$; Index Basis 1939=100; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnentwicklung > Serie 1939=100

> Download Tabelle > Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010–2019, Tabelle T39, abgerufen am 27.01.2021).

10.3.4 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), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3). Die Vorinstanz ist aufgrund der grossen Anzahl an einfachen und repetitiven Tätigkeiten in den Bereichen Produktion und Dienstleistungen davon ausgegangen, dass einige dieser Tätigkeiten an die Einschränkung des Beschwerdeführers angepasst seien, und hat auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Totalwert Männer, Kompetenzniveau 1, abgestellt. Dies ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. Der entsprechende Wert im privaten Sektor beläuft sich auf monatlich brutto Fr. 5'340.– bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und inkl. 13. Monatslohn (vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > privater und öffentlicher Sektor > Download Tabelle > Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level; abgerufen am 27.01.2021). Unter Umrechnung dieses standardisierten monatlichen Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2019 sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2019 (2239 [Index Männer 2016] x 2279 [Index Männer 2019]; Index Basis 1939=100) und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von monatlich Fr. 4'533.– (Fr. 5'340.– : 40 x 41.7 : 2239 x 2279 x 0.8).

10.3.5 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 pflichtgemäsem 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).

10.3.5.1 Die Vorinstanz hat unter Berücksichtigung aller persönlichen und beruflichen Umstände, insbesondere den funktionellen Einschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, dem Alter (50 Jahre), der bestehenden Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten (80 %) einen Abzug von 15 % gewährt (act. 252 S. 2). Demgegenüber fordert der Beschwerdeführer einen leidensbedingten Abzug von 25 % unter Hinweis auf den Teilzeitabzug bei Männern, den Wegfall der Möglichkeit, schwere körperliche Arbeit zu verrichten, die Mehrfacheinschränkungen, den erhöhten Pausenbedarf sowie die bislang unberücksichtigt gebliebenen zusätzlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. BVGer act. 1 S. 11 f.).

10.3.5.2 Mit Blick auf die Rechtsprechung zum leidensbedingten Abzug ist zunächst darauf hinzuweisen, dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, aber als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben muss. Ausserdem wirkt sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend aus (vgl. Urteile des BGer 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1). Sodann dürfen gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (vgl. Urteile des BGer 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020 E. 5.2; 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2; 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Hinzu kommt, dass der Tabellenlohn gemäss der LSE-Tabelle TA1, Kom-

petenzniveau 1, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst und die leidensbedingte Einschränkung insofern auch bei der Festsetzung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BGer 9C_830/2017 vom 16. März 2018 E. 5). Ferner stellt das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar, wodurch in erster Linie das Spektrum der in Frage kommenden erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird (vgl. Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5). Des Weiteren begründet ein vollschichtig umsetzbares Teilpensum nicht automatisch einen leidensbedingten Abzug (vgl. Urteile des BGer 9C_158/2016 vom 5. April 2016 E. 4.2.2; 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 6.2.2). Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne Weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des BGer 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2). Schliesslich rechtfertigt das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen in aller Regel keinen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des BGer 8C_799/2018 vom 30. April 2019 E. 4.4).

10.3.5.3 Im vorliegenden Fall wurde die allgemein verminderte Belastbarkeit bei der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt. Dem Wegfall der Möglichkeit zur Verrichtung körperlich schwerer Arbeiten und dem konkreten Leistungsprofil für eine angepasste Tätigkeit dürfte mit der Einreihung in das Kompetenzniveau 1 der LSE-Tabelle TA1 weitgehend Rechnung getragen sein. Unter Berücksichtigung der qualitativen Leistungseinbussen aufgrund der neuropsychologischen Einschränkungen erscheint der von der Vorinstanz gewährte leidensbedingte Abzug von 15 % gerade noch vertretbar. Ein darüberhinausgehender Abzug ist mit Blick auf die Rechtsprechung zum leidensbedingten Abzug aber keinesfalls gerechtfertigt.

10.3.6 Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt unter Berücksichtigung des von der Vorinstanz gewährten Leidensabzugs von 15 % eine Einkommenseinbusse von monatlich

Fr. 2'115.– (Fr. 5'968 - Fr. 3'853) und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 35 %.

11.

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers erheblich verbessert hat, womit die Vorinstanz die laufende Invalidenrente mit Verfügung vom 11. Juli 2019 und unter Berücksichtigung von Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV zu Recht aufgehoben hat. Entsprechend ist die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

12.

12.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

12.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Tania Sutter

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: