

BVGer C-2654/2018 vom 15. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2654_2018

FR: TAF C-2654/2018 du 15 juillet 2020

IT: TAF C-2654/2018 del 15 luglio 2020

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 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 frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 13. April 2018 einzutreten ist (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. April 2018, mit der die Vorinstanz die bisher bezahlte ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers samt Kinderrenten ab 1. Juni 2018 durch halbe Renten ersetzt hat.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hat neben der Rentenherabsetzung gemäss Verfügung vom 11. April 2018 zunächst auch eine Kürzung um die Kinderrenten nach seiner Ehescheidung vom 4. März 2016 (act. 50 S. 3 f.) beanstandet. Mit Schreiben vom 8. November 2019 hat er aber entsprechend den vorinstanzlichen Ausführungen eingeräumt, dass die Kinderrenten an seine Ex-Ehefrau ausbezahlt worden seien (BVGer act. 19). Damit hat sich die Rüge der vermeintlichen Rentenkürzung infolge Ehescheidung erübrigt.

E. 2.3

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Invalidenrente des Beschwerdeführers samt zugehörigen Kinderrenten zu Recht gekürzt hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. April 2018) 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).

E. 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 Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4.1

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. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 4.7

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). 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 eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht unter Hinweis auf den Kurzentlassungsbericht der Klinik C._____ vom 9. Oktober 2017 geltend, er sei in Deutschland berufsunfähig bzw. vermindert berufsfähig mit einer negativen Prognose, wonach sich sein Zustand innert 2-3 Jahren nicht weitgehend verbessern werde (vgl. BVGer act. 1).

E. 5.2

Die Vorinstanz hält in der angefochtenen Verfügung sowie in ihrer Vernehmlassung zusammengefasst fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe. In den Gutachten von Dr. med. D._____ vom 1. September 2016 und Dr. med. B._____ vom 20. Juni 2017 sei eine Besserung in neurologischer und

neuropsychologischer Hinsicht festgestellt worden. Die Gutachter seien übereinstimmend zur Beurteilung gelangt, dass der Beschwerdeführer auch in seiner angestammten Tätigkeit als Diplom-Chemiker wieder für 3 bis unter 6 Stunden täglich arbeitsfähig sei. Zwei beurteilende Ärzte des ärztlichen Dienstes hätten sodann ab 1. September 2016 das Bestehen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % im angestammten Beruf festgestellt (vgl. act. 111; BVGer act. 10).

E. 6

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, welche die Herabsetzung der Rente rechtfertigt.

E. 6.1

Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2018 eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, bilden die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Zusprache der ganzen Rente mit Verfügung vom 30. April 2013. Die Vorinstanz sprach damals eine ganze Rente gestützt auf die Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. März 2013 zu. Darin wurden als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen ein erhebliches dysexekutives Frontalhirnsyndrom im Sinne einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07) und eine expressiv betonte globale Aphasie (ICD-10 F80.1) genannt. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein depressives Syndrom erwähnt. In der Beurteilung wurde ausgeführt, der 45-jährige bislang gesunde Versicherte habe im Mai 2011 die Diagnose einer akuten myeloblastischen Leukämie (AML) erhalten. Im Zusammenhang mit der Chemotherapie sei es zu einer Hirnblutung gekommen, welche zu einer Hemiparese links mit globaler Aphasie geführt habe. Aufgrund dieser Hirnblutung habe sich im weiteren Verlauf ein erhebliches dysexekutives Frontalhirnsyndrom entwickelt mit massiver Störung der Planungsfähigkeit und des Arbeitsgedächtnisses, gestörter Aufmerksamkeit sowie erheblicher Interferenzanfälligkeit und einer Neigung zu verbaler und motorischer Perseveration. Dieses sei aus psychiatrischer Sicht im Sinne einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07) zu sehen und bewirke eine vermutlich dauerhaft geltende totale Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Mit einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten sei trotz intensivster Therapiemassnahmen und trotz seines jungen Alters eher nicht zu rechnen. Der Beschwerdeführer werde durch die Ehefrau gepflegt und nutze einen Rollstuhl. Ferner sei eine Handorthese vorgesehen (vgl. act. 28).

E. 6.2

Die relevante medizinische Aktenlage seit der ursprünglichen Rentenzusprache präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.2.1

Zunächst ist hinsichtlich der AML festzuhalten, dass in den Berichten vom 4. August 2014 und 13. Januar 2015 der Klinik E._____ eine komplette molekulare Remission der AML dokumentiert worden ist (act. 73, 83 f.).

E. 6.2.2

Der Beschwerdeführer wurde vom 11. November bis 21. Dezember 2013 im Zentrum F._____ stationär behandelt. Gemäss Bericht vom 16. Januar 2014 sei der Beschwerdeführer Rechtshänder. Der neurologische Untersuchungsbefund bei Aufnahme wurde zusammenfassend wie folgt umschrieben: brachiofazial betonte Hemiparese links, Hörminderung links, Feinmotorik- und Koordinationsstörung links, Wortfindungsstörung, Verlangsamung des Sprachflusses, Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit, Minderbelastbarkeit. Die Symptomatik sei bei Entlassung leicht gebessert gewesen. Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung wurde festgehalten, die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit würden bis auf den Stundenumfang weitgehend dem positiven und negativen Leistungsvermögen entsprechen. Die erforderliche Fachkompetenz erscheine erhalten, so dass der Beschwerdeführer für dieses spezielle Arbeitsfeld der NMR-Spektroskopie über 3 bis unter 6 Stunden am Tag leistungsfähig sei. Es wurde daher eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen leidensgerechten Teilzeitarbeitsplatz unter ambulanter neuropsychologischer Begleitung empfohlen (act. 75 S. 3 und 6).

E. 6.2.3

Gemäss nervenärztlichem verkehrsmedizinischem Gutachten vom 28. September 2014 von Dr. med. G._____, Arzt für Neurologie/Psychiatrie, Psychotherapie, Palliativmedizin, hätten sich die ausgeprägten neuropsychologischen Störungen am Anfang der Erkrankung unter stationärer wie ambulanter neuropsychologischer Therapie wesentlich verbessert. So habe der Beschwerdeführer 2012 noch deutliche Störungen im Sinne eines Neglects gezeigt und sich Anfang 2013 noch mit Gehhilfen bewegt. Nun könne er frei gehen und mit dem Fahrrad fahren. Aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht sei das Führen eines Fahrzeugs (mit Automatikgetriebe und Einhandbetrieb wegen der halbseitigen Lähmung) möglich, trotz der noch leichten Störungen durch einen Neglect links und einer Störung der Aufmerksamkeit, was jedoch vom Neuropsychologen gutachterlich bestätigt werden müsse (act. 67).

E. 6.2.4

Mit Schreiben vom 8. Dezember 2014 führte Dr. med. H._____, Arzt für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer sei durch intensive krankengymnastische und ergotherapeutische Unterstützung wieder gut gehfähig geworden und habe eine relativ gute Grobmotorik der linken oberen Extremität entwickelt. Es bestehe noch eine Restaphasie sowie ein visueller Neglect nach links. Über die Restaphasie hinaus seien keine auffälligen kognitiven Defizite erkennbar. Der Beschwerdeführer organisiere seinen Alltag völlig selbständig. Er sei affektiv ausgeglichen und stabil, wirke sehr motiviert und sei bemüht, zumindest teilweise in eine Erwerbsfähigkeit zurückzukehren (act. 92).

E. 6.2.5

Gemäss Bericht vom 16. Januar 2015 der Klinik E._____ sei zuletzt am 31. Mai 2012 ein epileptisches Ereignis aufgetreten. Aus epileptologischer Sicht sei die Fahrtüchtigkeit wieder gegeben (act. 74, 85). Laut Berichten vom 5. April 2015, 29. September 2015 und 25. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer weiterhin anfallsfrei gewesen (act. 76, 86, 87).

E. 6.2.6

Der Beschwerdeführer wurde vom 1. Oktober bis 12. November 2015 erneut stationär im Zentrum F._____ behandelt. Im entsprechenden Bericht vom 17. November 2015 wurde zum neurologischen Befund insbesondere Folgendes festgehalten: Rechtshänder, Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, Fazialismundastchwäche links, Hypakusis links

(Hörgerät), spastische Tonussteigerung der linken Seite, leichtgradige brachiofaziale Hemiparese links, Stand sowie Gang und Gangvarianten sicher. Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung wurde ausgeführt, die Entlassung des Beschwerdeführers erfolge arbeitsunfähig und mit weiterhin aufgehobenem Leistungsvermögen für den Beruf des Chemikers sowie für jedwede Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Das Leistungsvermögen sei aufgrund einer leichten brachiofazial betonten spastischen Hemiparese links, eines Neglects nach links, einer Hörminderung links, Feinmotorik- und Koordinationsstörungen links, einem HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) mit residueller Aphasie sowie kognitiver Beeinträchtigungen in den überprüften Kernfunktionsbereichen visuelle Wahrnehmung (visuelles Explorationsvermögen), Aufmerksamkeit (Reaktionsbereitschaft, geteilte Aufmerksamkeit), Gedächtnis (Arbeitsgedächtniskapazität) sowie exekutive Funktionen (Fluency-Aufgaben) nicht hinreichend für alternative berufliche Tätigkeiten oder die Teilnahme an berufsfördernden Massnahmen (act. 89 S. 1, 3, 7).

E. 6.2.7

Der Neurologe Dr. med. H._____ hielt in seinem Schreiben vom 22. April 2016 fest, der Beschwerdeführer habe einen Mediainfarkt links erlitten, in dessen Folge sich eine ausgeprägte Hemispastik rechts [recte: links] ausgebildet habe. Im Vordergrund würden eine Restaphasie sowie eine Armspastik mit Flexion vor allem in den Fingergelenken stehen. Dabei sei die Willküraktivierung nicht schlecht, allerdings sei die Feinmotorik deutlich beeinträchtigt (act. 88).

E. 6.2.8

Mit Bericht vom 11. Mai 2016 nannte Dr. med. I._____, Arzt für Allgemeinmedizin, als aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen die Störung der Feinmotorik durch Spastik der linken Hand. Eine Arbeitsunfähigkeit habe weder aktuell noch in den letzten zwei Jahren vorgelegen (act. 82).

E. 6.2.9

Im schwer lesbaren Bericht vom 11. Juli 2016 erwähnt Dr. med. H._____ unter den Diagnosen insbesondere eine spastische Hemiparese und eine residuelle Aphasie. Ferner attestiert er dem Beschwerdeführer ohne weitere Ausführungen eine seit 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit (act. 93).

E. 6.2.10

Dr. med. D._____, Neurologe/Psychiater, nannte in seinem Gutachten vom 1. September 2016 folgende Diagnosen: 1. Intracranielle cerebrale Blutung (ICD-10 I61.9) bei AML (ICD-10 C95.00) und Panzytopenie (ICD-10 D61.9); 2. Zustand nach osteoplastischer Kraniotomie und Hämatoevakuuation 12.06.2011, dekompresive Hemikraniektomie rechtsseitig am 20.06.2011, Anlage eines VP-Shunts bei Hydrozephalus malresorptivus am 19.08.2011, einmaliger generalisierter cerebraler Krampfanfall am 31.12.2012, Implantation einer industriell gefertigten Schädeldachplastik am 17.10.2011; 3. Neurologische Residuen: Hörminderung links, Feinmotorik- und Koordinationsstörung links, armbetonte Hemispastik, brachiofazialbetont links, neuropsychologische Störungen mit Wortfindungsstörungen, Verlangsamung, Störung der kognitiven und mnesticen Leistungen sowie allgemeine Minderbelastung (act. 97 S. 18 f.). Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. D._____ aus, klinisch-neurologisch imponiere eine Hemisymphomatik links mit brachiofazialer Betonung ohne Beeinträchtigung der Mobilität.

Die Feinmotorik der linken Hand sei beeinträchtigt. Das An- und Auskleiden sei physiologisch möglich. Die linke Hand werde als Beihand benutzt. Die Alltagsangelegenheiten erledige der Beschwerdeführer selbständig in allen Einzelheiten. Das Schwergewicht der Störung liege auf neuropsychologischer Ebene mit Rest-Aphasie, Wortfindungsstörungen, Verlangsamung, Reaktionsverzögerung und mit zum Teil unvollständigem sowie schlichtem Satzbau. Das Sprachverständnis sei intakt. Psychopathologisch querschnittsmässig liege ansonsten eine ausgeglichene Stimmungslage vor, wenngleich der Beschwerdeführer durch die familiäre Situation (Ehescheidung) belastet werde. Die Residuen würden seit 2011 bestehen, mit wesentlicher Änderung sei in Zukunft zu rechnen. Die Einschränkungen seien von Dauer. In sozialmedizinischer Hinsicht erachtete Dr. med. D. _____ die Ausübung der letzten Tätigkeit als Diplom-Chemiker an 3 bis unter 6 Stunden als möglich. Unter leidensgerechten Arbeitsbedingungen bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ebenfalls eine Leistungsfähigkeit für 3 bis unter 6 Stunden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte körperliche Arbeiten im Wechsel in der Körperhaltung in Tagesschicht ausgeübt werden. Die geistig-psychische Belastbarkeit sei beeinträchtigt. Einfache Anforderungen ohne besondere Verantwortung, ohne Publikumsverkehr, ohne Anforderungen an Flexibilität, Anpassungsvermögen sowie Wendigkeit könnten bewältigt werden (act. 97 S. 19 ff.).

E. 6.2.11

Im Krankenberichtsformular vom 6. September 2016 nannte die Allgemeinmedizinerin Dr. med. J. _____ als Diagnosen eine in Remission befindliche AML sowie eine zweimalige Hirnblutung mit Störung des Broca-Zentrums und Halbseitenparese links. Unter intensiven rehabilitativen Massnahmen sei es zunehmend zu einer Besserung der Hemiparese gekommen. Der Beschwerdeführer habe allerdings noch einen Kraftverlust, eine Tiefensensibilitätsstörung, Wortfindungsstörungen und das Sprechen strenge ihn an. Nach ein paar hundert Metern verliere er die Kraft im Bein. Er könne keine feinmotorischen Arbeiten verrichten. Seinen Haushalt könne er nicht alleine verrichten und seine Konzentration sei immer noch erheblich gestört. Die Gebrauchsfähigkeit der linken Hand sei eingeschränkt. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz könne innerhalb von 12 Monaten erwogen werden. Eine erneute Arbeitstherapie und Arbeitstrainingsmassnahme sollten zur Verbesserung der Konzentration und der Sprachstörung durchgeführt werden. Anschliessend bestehe die Chance einer Wiederaufnahme der Tätigkeit (act. 95 S. 3, 4, 5, 8, 12, 33; vgl. auch act. 97 S. 24 f.).

E. 6.2.12

Gemäss sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung von Dr. K. _____ vom 13. Oktober 2016 könne der Beschwerdeführer seine letzte berufliche Tätigkeit wie auch eine dem Leistungsbild entsprechende Tätigkeit für 3 bis unter 6 Stunden ausüben. Das Leistungsbild wird wie folgt umschrieben: körperlich leicht, in wechselnden Haltungen, kein schweres Heben und Tragen, nicht in Wechsel- oder Nachtschicht, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an schnelle Umstellung und Anpassung, nicht an gefährlichen Arbeitsplätzen. Dieser Zustand bestehe seit 1. September 2016, dem Datum des Gutachtens von Dr. med. D. _____ (act. 98).

E. 6.2.13

Laut Bericht des Krankenhauses L. _____ vom 6. April 2017 befand sich der Beschwerdeführer an diesem Tag wegen eines generalisierten epileptischen Anfalls in der

Notfallsprechstunde. In diesem Bericht wird zudem erwähnt, dass der letzte Anfall im Januar 2017 gewesen sei. Ferner wird angeführt, der Beschwerdeführer sei über das Fahrverbot für die Dauer eines Jahres aufgeklärt worden. Zum neurologischen Befund wurde insbesondere folgendes festgehalten: Rechtshänder, Dysarthrie mit auch skandierender Sprache, leichte Mundastschwäche links, Keratokonus links mit verzerrtem Sehen auf dem linken Auge, spastische Arm- und distal-betonte Hemiparese links, selbständig ohne Hilfsmittel mobil, Gangbild eingeschränkt bei vorbestehender Hemiparese links (act. 64).

E. 6.2.14

RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2017 im Wesentlichen aus, es frage sich, ob dem Beschwerdeführer nicht eine gewisse Tätigkeit zumutbar sei. Es komme dabei vor allem darauf an, was von dem anfangs erwähnten Frontalhirnsyndrom verbleibe. Hiervon sei gar nicht mehr die Rede. Die ursächliche Leukämie sei remittiert, also nicht invalidisierend. Er empfahl die Einholung eines ausführlichen neurologischen Berichts (act. 99 S. 2).

E. 6.2.15

Im daraufhin eingeholten fachneurologischen Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2017 nannte Dr. med. B._____, Fachärztin für Neurologie, folgende Diagnosen: spastische armbetonte Hemiparese links (ICD-10 G81.9); Störung der Sprache und des Sprechens (ICD-10 R47.8); hirnorganisches Anfallsleiden (ICD-10 F40.2). Im neurologischen Untersuchungsbefund hielt sie insbesondere Folgendes fest: Rechtshänder, Beugespastik des linken Armes mit deutlicher Einschränkung der Handfunktion sowie latente Streckspastik des linken Beines bei guter Gangfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. B._____ insbesondere aus, es zeige sich im Vergleich zum neurologischen Residualsyndrom im November 2015 keine Änderung. Es würden weiterhin das linksseitige residuale Halbseitensyndrom sowie die leichten Auffälligkeiten in der höheren Hirnleistung bestehen. Die letzte berufliche Tätigkeit als Chemiker könne 3 bis unter 6 Stunden ausgeübt werden. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 6 Stunden und mehr möglich. Zum negativen Leistungsbild führte Dr. med. B._____ aus, aufgrund der residualen Hemiparese links bestehe eine hochgradige Einschränkung der linksseitigen Armfunktion, welche nur unterstützend zum groben Festhalten von Gegenständen benutzt werden könne. Die ausdauernde Gehfähigkeit sei durch die leichte Streckspastik beeinträchtigt. Es würden eine leichte Sprechverlangsamung und einzelne Wortfindungsstörungen sowie bei orientierender Testung eine leichte Einschränkung der Exekutivfunktion bestehen. Eine Besserung der Leistungsminderung sei unwahrscheinlich (BVGer act. 25).

E. 6.2.16

In der Folge führte RAD-Arzt Dr. med. M._____ in seinem Schlussbericht vom 29. August 2017 aus, anlässlich der aktuellen neurologischen Beurteilung werde eine Besserung festgestellt und eine Tätigkeit von 50 % zugemutet. Es würden eine andauernde somatische Behinderung sowie auch leichte neuropsychologische Störungen bestehen. Der Beschwerdeführer betätige sich tatsächlich auch wenige Stunden pro Woche. Eine angepasste Tätigkeit werde bei den Einschränkungen nicht höher sein. Eine weitere Besserung sei kaum zu erwarten, maximal eine Konsolidierung auf dem jetzigen Niveau. Grundsätzlich könne es wieder Schwierigkeiten von Seiten der Leukämie geben (act. 105).

E. 6.2.17

Die Vorinstanz holte sodann eine neurologische Zweitansicht ein. Die IV-Neurologin Dr. med. N. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2017 zusammenfassend fest, die vorliegenden Berichte würden eine Verbesserung des neurologischen Zustands beschreiben. Die Leukämie sei remittiert. Die Verbesserung werde im Bericht über die Hospitalisation vom 11. November bis 21. Dezember 2013 gut beschrieben. Der Arzt berichte, dass der Beschwerdeführer eigenständig gehen könne, was zuvor nur mit Hilfe möglich gewesen sei. In neuropsychologischer Hinsicht würden leichte kognitive Störungen beschrieben, währendem zuvor eine erhebliche motorische Aphasie bestanden habe. Auch die neueren Berichte würden eine Verbesserung der Beschwerden bei Persistenz derselben und der funktionellen Einschränkungen dokumentieren. Dr. med. N. _____ schloss sich der Einschätzung an, dass eine Arbeitsfähigkeit zwischen 3 bis 6 Stunden möglich sei und geht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % für sämtliche Tätigkeiten ab dem 1. September 2016 (Datum des Gutachtens von Dr. med. D. _____) aus. In diesem Gutachten werde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, die Alltagsangelegenheiten selbständig zu erledigen, weiter würden die funktionellen Einschränkungen erwähnt und es werde festgehalten, dass auf dem freien Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit von 3 bis unter 6 Stunden bestehe. Schliesslich informiere ein Bericht vom 6. April 2017 über ein Rezidiv der epileptischen Anfälle im Januar und April 2017. Die epileptischen Anfälle seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % auszugehen, sofern die Tätigkeit mit den funktionellen Einschränkungen und dem Risiko von rezidivierenden epileptischen Anfällen vereinbar sei (act. 107 S. 3).

E. 6.2.18

Mit Beschwerde vom 13. April 2018 reichte der Beschwerdeführer den - der Vorinstanz bislang nicht bekannten - Kurzentlassungsbericht vom 9. Oktober 2017 der Klinik C. _____ ein. Laut diesem Bericht befand sich der Beschwerdeführer vom 28. August bis 9. Oktober 2017 in stationärer neurologischer Rehabilitationsbehandlung. Es wurde eine weitere Behandlung auf neurophysiologischer Basis zur Verbesserung der Funktionsstörungen empfohlen. Ferner wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht «für seine bisherige Tätigkeit und Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über einen Zeitraum von drei bis unter sechs Stunden belastbar und somit nicht arbeitsfähig» sei. In Anbetracht der trotz guter Kompensationsmöglichkeiten weiterhin bestehenden kognitiven Einschränkungen sowie reduzierten Belastbarkeit sei innerhalb der nächsten 6 Monate das Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit nicht zu erwarten. Bei Entlassung sei von einer negativen Erwerbsprognose ausgegangen worden (BVGer act. 1 Beilage 1).

E. 6.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2018 im Vergleich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache am 30. April 2013 eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ausgewiesen ist.

E. 6.3.1

Hinsichtlich der AML ergeben sich keine relevanten Änderungen, denn diese war bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache remittiert (vgl. act. 28 S. 1). In

epileptologischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer nach dem Anfall am 31. Mai 2012 zunächst während mehreren Jahren keine weiteren Anfälle mehr erlitten hat. Erst im Januar und April 2017 wurden erneut epileptische Anfälle dokumentiert. Sodann bestehen nach wie vor somatische und neurologische Funktionsstörungen, insbesondere Hemiparese links, Feinmotorik- und Koordinationsstörungen links, Beeinträchtigung der ausdauernden Gehfähigkeit, Rest-Aphasie, Sprechverlangsamung, Wortfindungsstörung und kognitive Einschränkungen. Psychopathologisch wird eine ausgeglichene Stimmungslage dokumentiert.

E. 6.3.2

Aus der unveränderten Situation betreffend der AML lässt sich keine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ableiten. Hingegen ergeben sich aus den vorliegenden Berichten Anhaltspunkte für eine Verbesserung der motorischen und neurologischen Funktionsstörungen des Beschwerdeführers. So ist der Beschwerdeführer in der Lage, wieder ohne Hilfe zu gehen, und in neurologischer Hinsicht ist nicht mehr von «massiven» Störungen die Rede. Zudem wurde er - wenn auch vorübergehend und unter gewissen Vorgaben (Automatikgetriebe und Einhandbetrieb) - als fahrtüchtig eingeschätzt. Ferner gaben Dr. med. H. _____ in seinem Schreiben vom 8. Dezember 2014 und Dr. med. D. _____ in seinem Gutachten vom 1. September 2016 an, der Beschwerdeführer könne den Alltag selbständig bewältigen. Im Widerspruch dazu steht jedoch die Feststellung von Dr. med. J. _____ im Krankenberichtsformular vom 6. September 2016, wonach der Beschwerdeführer seinen Haushalt nicht alleine verrichten könne. Weiter ist anzufügen, dass der Beschwerdeführer im September 2015 im Umfang von 38.5 Stunden als Spüler/Aushilfskraft in einem Restaurant zu einem Stundenlohn von 8.50 gearbeitet hat (act. 63 S. 6 f.). Sodann war er gemäss eigenen Angaben vom 25. Oktober 2016 bis 31. Dezember 2016 bei O. _____ angestellt. Diese Tätigkeit habe er beendet, weil er zur Pflege der an Leukämie erkrankten Mutter von (...) nach (...) umgezogen sei (act. 63 S. 1, 6). Anlässlich der Begutachtung im Juni 2017 bei Dr. med. B. _____ gab der Beschwerdeführer aber wiederum an, 3-4 Stunden wöchentlich als Dozent bei O. _____ in (...) zu arbeiten (BVGer act. 25). Alsdann war der Beschwerdeführer gemäss Honorarvereinbarung mit dem P. _____ e.V. als Dozent im Zeitraum vom 8. November 2016 bis 31. Dezember 2017 im Umfang von durchschnittlich maximal 8 Stunden pro Woche zu einem Stundenlohn von 15.40 tätig (act. 63 S. 9). In welchem Umfang der Beschwerdeführer effektiv für das P. _____ gearbeitet hat, geht aus den Akten jedoch nicht hervor. All diese Erwerbstätigkeiten sowie der Umstand, dass der Beschwerdeführer seine an Leukämie erkrankte Mutter pflegt, deuten ebenfalls auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Indessen bestehen in den medizinischen Akten Diskrepanzen bezüglich des Ausmasses der verbleibenden Einschränkungen und den entsprechenden ärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen, soweit sich die vorliegenden Berichte überhaupt diesbezüglich äussern.

E. 6.3.3

Gemäss Bericht des Zentrums F. _____ vom 16. Januar 2014 sei die neurologische Symptomatik bei Entlassung leicht gebessert gewesen und es wurde dem Beschwerdeführer eine Leistungsfähigkeit von 3 bis unter 6 Stunden täglich attestiert, jedoch ausdrücklich nur für die letzte berufliche Tätigkeit im speziellen Arbeitsfeld der NMR-Spektroskopie und unter ambulanter neuropsychologischer Begleitung (act. 75 S. 6). Nach dem zweiten

Reha-Aufenthalt wurde der Beschwerdeführer gemäss Bericht vom 17. November 2015 arbeitsunfähig und mit einem weiterhin aufgehobenen Leistungsvermögen für den Beruf des Chemikers sowie jedwede Tätigkeit entlassen (act. 89 S. 7). In diesem Zusammenhang ist anzufügen, dass das Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers im September 2014 geendet hatte (act. 89 S. 2, 97 S. 5), womit eine Beschäftigung gemäss der Empfehlung im Anschluss an den ersten Reha-Aufenthalt nicht mehr in Frage kam. Zur Frage nach dem Eintritt einer erheblichen rentenwirksamen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG kann aus diesen Berichten nichts abgeleitet werden.

E. 6.3.4

Sodann spricht Dr. med. G. _____ in seinem verkehrsmedizinischen Gutachten vom 28. September 2014 insbesondere von einer wesentlichen Verbesserung der anfänglich ausgeprägten neuropsychologischen Störungen, sodass er den Beschwerdeführer als grundsätzlich fahrtüchtig einstufte (act. 67). Dieser Bericht deutet zwar auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit nur noch leichten Aufmerksamkeitsstörungen (Neglect links) und einer wieder erlangten Gehfähigkeit hin, jedoch lässt es sich anhand desselben nicht beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die verbleibenden funktionellen Einschränkungen auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Zur Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit hat sich Dr. med. G. _____ denn auch nicht geäussert.

E. 6.3.5

Gemäss den Berichten des Neurologen Dr. med. H. _____ habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der intensiven therapeutischen Unterstützung bereits im 2014 verbessert. Im 2016 seien noch eine Restaphasie und eine Armspastik im Vordergrund gestanden. In seinem Bericht vom 11. Juli 2016 attestierte Dr. med. H. _____ dem Beschwerdeführer eine seit 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit. Aus diesen Berichten ergibt sich zwar ebenfalls eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, jedoch lässt sich aufgrund derselben nicht beurteilen, ob und inwiefern sich diese Verbesserungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirken, zumal Dr. med. H. _____ seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht näher begründet hat.

E. 6.3.6

Aus dem kurzen, nicht weiter begründeten Bericht vom 11. Mai 2016 des Allgemeinmediziners Dr. med. I. _____, wonach beim Beschwerdeführer aktuell noch eine Störung der Feinmotorik vorliege ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den letzten zwei Jahren, kann für das vorliegende Rentenrevisionsverfahren ebenfalls nichts abgeleitet werden.

E. 6.3.7

Mit Gutachten vom 1. September 2016 stellte Dr. med. D. _____ den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fest. Aufgrund der erhobenen funktionellen Einschränkungen sei sowohl die Ausübung der letzten Tätigkeit als Chemiker als auch einer leidensangepassten Tätigkeit an 3 bis unter 6 Stunden möglich. Vor dem Hintergrund, dass Dr. med. D. _____ ausführt, die Residuen würden seit 2011 bestehen und mit einer wesentlichen Änderung sei in Zukunft nicht zu rechnen, vermag dieses Gutachten jedoch nicht hinreichend darüber Auskunft zu geben, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache 2013 tatsächlich verändert hat. Sollten die von Dr. med. D. _____

festgestellten funktionellen Einschränkungen bereits 2011 im gleichen Ausmass vorgelegen haben, so wäre seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung lediglich eine im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Abgesehen davon ist anzumerken, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Rentenabstufungssystem kennt. Gemäss § 43 Abs. 1 des SGB VI (Sozialgesetzbuch Sechstes Buch) gelten Versicherte als teilweise erwerbsgemindert, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als voll erwerbsgemindert werden demgegenüber insbesondere Versicherte eingestuft, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 SGB). Mit Blick auf diese vom schweizerischen IV-Rentenabstufungssystem abweichende Regelung weisen die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) Schlussfolgerungen des deutschen Gutachters Dr. med. D._____ jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechtsgenügende Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schweizerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG sowie vorstehende E. 4.2). Das Gutachten vom 1. September 2016 bildet demnach keine genügende Grundlage für die Beurteilung der Frage, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

E. 6.3.8

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung von Dr. K._____ vom 13. Oktober 2016 stützt sich im Wesentlichen auf das Gutachten vom 1. September 2016 von Dr. med. D._____. Entsprechend kann nach dem soeben Gesagten im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht darauf abgestellt werden.

E. 6.3.9

Aus dem Krankenberichtsformular vom 6. September 2016 von Dr. med. J._____ ergeben sich zwar Hinweise für eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Dennoch setzt Dr. med. J._____ für die allfällige Rückkehr an den Arbeitsplatz eine erneute Arbeitstherapie und Arbeitstrainingsmassnahme zur Verbesserung der Konzentration und der Sprachstörung des Beschwerdeführers voraus. Im Übrigen enthält dieser Bericht keine Angaben dazu, in welchem Ausmass sich die verbleibenden Funktionsstörungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

E. 6.3.10

Im neurologischen Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2017 führte Dr. med. B._____ aus, der Beschwerdeführer sei in seinem letzten Beruf als Chemiker im Umfang von 3 bis unter 6 Stunden täglich leistungsfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 6 Stunden und mehr möglich. Ferner hielt sie fest, im Vergleich zum neurologischen Residualsyndrom im November 2015 zeige sich keine Änderung. Hingegen finden sich keine Ausführungen dazu, ob und inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands seit der ursprünglichen Rentenzusprache im April 2013 stattgefunden hat und wie sich diese Veränderung gegebenenfalls auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt hat. Damit mangelt es dem Gutachten im vorliegenden revisionsrechtlichen

Kontext am rechtlich erforderlichen Beweiswert. Hinzu kommt, dass Dr. med. B. _____ ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung anhand der für die Deutsche Rentenversicherung massgebenden Abstufung abgegeben hat. Diese grobe Abstufung des deutschen Rentensystems kann jedoch - wie bereits erwähnt - nicht auf die feinere Abstufung im schweizerischen Invalidenversicherungsrecht übertragen werden. Das neurologische Sachverständigengutachten vom 26. Juni 2017 vermag somit den im rentenrevisionsrechtlichen Kontext besonderen beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen.

E. 6.3.11

Schliesslich enthält auch der Kurzentlassungsbericht vom 9. Oktober 2017 der Klinik C. _____ keine hinreichenden Angaben für die Frage nach einer rentenrelevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse. Hinzu kommt, dass die angeführte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in sich widersprüchlich ist. So sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Gleichzeitig wird aber angeführt, er sei für seine bisherige Tätigkeit und für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von 3 bis unter 6 Stunden belastbar, was einer teilweisen Arbeitsfähigkeit entspricht.

E. 6.3.12

Nach dem Gesagten erweisen sich die aktenkundigen medizinischen Berichte und Gutachten für die Beurteilung der Frage, ob und inwiefern seit der ursprünglichen Rentenzusprache im April 2013 eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist, als ungenügend. Zwar liegen Anhaltspunkte für eine Verbesserung seines Gesundheitszustands vor. Doch lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten weder deren Ausmass noch deren Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers abschliessend beurteilen. Hinzu kommt, dass sich die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen in den einzelnen Berichten teilweise massiv widersprechen.

E. 6.3.13

Was die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. M. _____ und der IV-Neurologin Dr. med. N. _____ anbelangt, ist festzuhalten, dass Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, wie Aktengutachten beweiskräftig sein können, 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). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die

Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Da die Stellungnahmen von Dr. med. M._____ und Dr. med. N._____ letztlich auf ungenügenden medizinischen Akten beruhen, vermögen sie den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen. Überdies setzen sie sich in keiner Weise mit den sich widersprechenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen in den einzelnen Berichten auseinander, sondern schliessen ohne fundierte und nachvollziehbare Begründung aus der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der deutschen Gutachter Dr. med. D._____ und Dr. med. B._____ im Umfang von 3 bis unter 6 Stunden täglich auf eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 50 %.

E. 6.3.14

Damit resultiert, dass sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht beurteilen lässt, ob im Vergleich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache am 30. April 2013 eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

E. 6.4

Überdies ist darauf hinzuweisen, dass der Sachverhalt auch in erwerblicher Hinsicht unvollständig abgeklärt ist.

E. 6.4.1

Die Vorinstanz geht davon aus, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers die Tätigkeit als promovierter Chemiker sei (vgl. BVGer act. 10 S. 1; act. 99 S. 2; 107 S. 3). Chemiker können jedoch unterschiedliche Funktionen ausüben. Der Beschwerdeführer gab an, zuletzt die Tätigkeit als «Scientist, NMR-Manager (Laborleiter)» ausgeübt zu haben (act. 19 S. 1). Dem Bericht vom 17. November 2015 des Zentrums F._____ ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zuletzt in einer Forschungseinheit mit 250 Mitarbeitern als NMR-Manager eingesetzt gewesen sei und Analysen für Pharmaprodukte erstellt habe. Es habe sich überwiegend um eine körperlich leichte PC-Tätigkeit im Sitzen gehandelt. Die Tätigkeit habe präzises Arbeiten, gutes Konzentrationsvermögen und hohe Sachkompetenz sowie gute schriftsprachliche Kenntnisse in englischer Fachsprache erfordert (act. 89 S. 2). Weiter ist dem Krankenberichtsformular vom 6. September 2016 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als promovierter Chemiker in einer Führungsposition tätig gewesen sei (act. 95 S. 4).

E. 6.4.2

Aus den Akten ist nicht ersichtlich, ob sich die Vorinstanz mit dem Anforderungsprofil der letzten Arbeitsstelle des Beschwerdeführers, insbesondere hinsichtlich der Forschungstätigkeit sowie der Führungsfunktion bzw. Laborleitung, auseinandergesetzt hat. Das von Dr. med. D._____ in seinem Gutachten vom 1. September 2016 umschriebene negative Leistungsbild (einfache Anforderungen ohne besondere Verantwortung, ohne Publikumsverkehr, ohne Anforderungen an Flexibilität, Anpassungsvermögen sowie Wendigkeit; act. 97 S. 21) lässt sich mit einer Führungsfunktion jedenfalls kaum vereinbaren. Diesbezüglich ist demnach in einem ersten Schritt das Anforderungsprofil der letzten Tätigkeit des Beschwerdeführers im Detail abzuklären. In einem zweiten Schritt wird im Rahmen der erforderlichen weiteren medizinischen Abklärung zu erörtern sein, ob und gegebenenfalls inwiefern der angestammte Beruf dem Beschwerdeführer zumutbar ist.

E. 6.4.3

Aus den Abklärungen anlässlich der aktuellen Rentenrevision geht sodann hervor, dass der Beschwerdeführer im 2016 und 2017 auf Stundenbasis als Dozent tätig gewesen ist. Laut Honorarvereinbarung mit dem P._____ war der Beschwerdeführer namentlich mit der Vorbereitung und Durchführung eines Lernangebotes für die Teilnehmenden der Berufsbildungsprogramme betraut (act. 63 S. 9). Gemäss eigenen Angaben ist der Beschwerdeführer 1998 bis 2003 als Postdoktorand an der Universität Q._____ und an der Hochschule R._____ tätig gewesen (act. 31; 38 S. 1). Ob er dabei auch als Dozent gearbeitet hat, ist unklar. Im Zusammenhang mit der erwerblichen Abklärung wird daher auch abzuklären sein, inwiefern dem Beschwerdeführer eine Dozententätigkeit zumutbar ist.

E. 6.5

Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung sowohl in medizinischer als auch erwerblicher Hinsicht ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen und erwerblichen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 6.5.1

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 6.5.2

Aufgrund der neurologischen Funktionsstörungen des Beschwerdeführers ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest neurologisch begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Spezialisten - namentlich eines Facharztes in Psychiatrie - ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. des Gutachters zu stellen.

E. 6.5.3

Das Gutachten hat dabei nicht nur Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu geben, sondern auch darüber, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die Verhältnisse im Vergleich zu denjenigen im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im April 2013 effektiv verändert haben.

E. 6.5.4

Sollten sich im Rahmen der Begutachtung psychiatrische Diagnosen ergeben, ist darauf hinzuweisen, dass diese gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung einem strukturierten Beweisverfahren anhand der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. vorstehende E. 4.7 und BGE 143 V 409; 143 V 418).

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt sowohl in medizinischer als auch erwerblicher Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen und erwerblichen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz zumindest durch einen Facharzt in der Disziplin Neurologie begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Fachärzte ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. des Gutachters zu stellen.

E. 8.1

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). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.74 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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