



Urteil vom 13. September 2019

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Indien),
vertreten durch lic. iur. Johannes Kramer,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,
Verfügung vom 29. März 2018.

Sachverhalt:**A.**

Der 1968 geborene, in Indien wohnhafte Schweizer Bürger A._____ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) war in der Schweiz zuletzt vom 19. August 2002 bis 30. April 2004 bei der B._____ GmbH in (...) als Informatiker/Software Engineer angestellt und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Sein letzter Arbeitstag war der 15. September 2003. In der Folge bezog er zufolge eines chronifizierten Schmerzsyndroms rechts bei einer Diskushernie C4/5 rechts, einer subakromialen Tendinopathie, einer mittelgradigen depressiven Episode mit Angstsymptomen sowie einer Schmerzstörung mit Tendenz zur Symptomausweitung Krankentaggeldleistungen der zuständigen Versicherung (Akten [*im Folgenden*: act.] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: IVSTA, Beschwerdegegnerin oder Vorinstanz] 2 S. 18, act. 6 und 22).

B.

B.a Am 5. Februar 2005 (Eingangsdatum bei der IV-Stelle des Kantons C._____ [*im Folgenden*: IV-C._____]: 2. März 2005) meldete sich der damals noch in der Schweiz wohnhafte Versicherte erstmals zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) in Form von besonderen medizinischen Eingliederungsmassnahmen an (act. 4). Nach Vorliegen des Fragebogens Arbeitgeber vom 15. März 2005 (act. 6), des Formulararztberichts vom 6. April 2005 und weiteren medizinischen Unterlagen (act. 9 bis 21) sowie der Akten des Krankentaggeldversicherers (act. 22) verfügte die IV-C._____ am 14. April 2005 die Leistungsarten Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (act. 23).

B.b Im Rahmen einer weiteren Verfügung vom 26. Januar 2006 wurde der Versicherte über die Notwendigkeit der Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit informiert (act. 37 und 38 S. 1 bis 4). Nachdem diese Abklärung zufolge Schmerzen des Versicherten per 27. Januar 2006 hatte abgebrochen werden müssen (act. 39), beauftragte die IV-C._____ – nach Vorliegen des Berichts des Internisten Dr. med. D._____ vom 6. Juni 2006 (act. 47) – am 12. Juli 2006 die Dres. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F._____, Facharzt für Neurologie, mit einer bidisziplinären Begutachtung (act. 51); die entsprechenden Expertisen datieren vom 10. Oktober und 21. November 2006 (act. 54 und

56). Daraufhin erliess die IV-C. _____ am 26. Januar 2007 einen Vorbescheid, mit welchem sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 53 % mit Wirkung ab 1. September 2004 eine halbe IV-Rente in Aussicht stellte (act. 57). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. 58 bis 61) erliess die IV-C. _____ am 14. März 2007 einen dem Vorbescheid vom 26. Januar 2007 inhaltlich entsprechenden Beschluss (act. 62); die entsprechende Verfügung wurde am 24. Juli 2007 erlassen (act. 63) und trat – soweit aus den vorliegenden Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

C.

C.a Im November 2007 verlegte der Versicherte seinen Wohnsitz erneut nach England (act. 64). Zuständigkeitshalber leitete deshalb die IVSTA am 8. November 2010 eine Revision von Amtes wegen ein (act. 68). Nach Vorliegen einer Stellungnahme von Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Medizinischer Gutachter SIM, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden*: RAD) vom 7. Dezember 2010 (act. 69), des Fragebogens für die Rentenrevision (act. 73) sowie zahlreicher medizinischer Dokumente aus dem Ausland (act. 74, 83 bis 91) teilte der Versicherte der IVSTA am 23. Mai 2011 mit, dass er im September 2011 wieder in die Schweiz komme (act. 94; vgl. auch act. 101, 113 und 115). Daraufhin erliess die IV-Stelle H. _____ am 4. Oktober 2011 betreffend die laufende halbe Rente eine Verfügung (act. 104; vgl. auch act. 105). Nach Eingang weiterer ärztlicher Berichte (act. 110) erliess die IVSTA am 26. Oktober 2011 eine Mitteilung betreffend die Rentenbetreffnisse (act. 112) und übermittelte am 30. Januar 2012 zufolge eines erneuten Wohnsitzwechsels des Versicherten zuständigkeitshalber die Akten an die IV-Stelle I. _____ (act. 117).

C.b Nachdem der Versicherte am 30. April 2012 vom Kanton I. _____ nach England gezogen war (act. 127 und 128), übermittelte die IV-Stelle I. _____ am 31. Oktober 2012 die Akten an die IVSTA zur Erledigung der laufenden Revision (act. 125). In der Folge holte die IVSTA erneut den Fragebogen für die Rentenrevisionen ein (act. 129 bis 132, 136 und 137). Nach Erstellung des „Exposé d’une Révision“ am 24. April 2013 (act. 138) und der Stellungnahme von Dr. med. J. _____ vom 5. Mai 2013 (act. 139) teilte die IVSTA dem Versicherten mit Schreiben vom 14. Mai 2013 mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherigen Rentenleistungen bestehe (act. 140).

D.

D.a Mit Datum vom 18. April 2016 leitete die IVSTA von Amtes wegen erneut eine Rentenrevision ein (act. 146). Nach Erhalt des entsprechenden Fragebogens vom 3. Mai 2016 (act. 147) und des Fragebogens für Arbeitgeber (act. 150 und 153) sowie zahlreicher medizinischer Dokumente aus dem Ausland (act. 154 bis 159, 168 bis 176) informierte die IVSTA den Versicherten mit Schreiben vom 14. März 2017 über die Notwendigkeit einer medizinischen Abklärung beim Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. K._____ (act. 191); der entsprechende Auftrag datiert vom 25. April 2017 (act. 193). Nach Vorliegen der von Dr. med. K._____ am 5. September 2017 datierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Expertise (act. 204) gab Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom IV-internen medizinischen Dienst am 19. September und 2. November 2017 zwei Stellungnahmen ab (act. 207 und 213). Daraufhin erliess die IVSTA am 7. November 2017 einen Vorbescheid, mit welchem sie dem Versicherten die Aufhebung der bisherigen IV-Rente in Aussicht stellte (act. 214).

D.b Nachdem der Versicherte im Vorbescheidverfahren weitere Unterlagen betreffend seinen Gesundheitszustand eingereicht hatte (act. 216, 218 bis 221), führte Dr. med. L._____ am 1. März 2018 aus, von den neu eingereichten Dokumenten betreffe keines die Psychiatrie, weshalb kein Anlass bestehe, seine Stellungnahme vom 2. November 2017 zu ändern (act. 225). Nachdem Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom IV-internen medizinischen Dienst am 16. März 2018 eine ergänzende Beurteilung abgegeben hatte (act. 227), erliess die IVSTA am 29. März 2018 eine dem Vorbescheid vom 7. November 2017 im Ergebnis entsprechende, rentenaufhebende Verfügung (act. 229).

E.

E.a Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Johannes Kramer, mit Eingabe vom 7. Mai 2018 Beschwerde erheben und beantragen, 1.) die Verfügung vom 29. März 2018 sei aufzuheben, 2.) das Verfahren sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, insbesondere damit diese fachgerechte Verlaufsgutachten einhole, 3.) dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und der unterzeichnende Rechtsanwalt sei als

unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen und 4.) die aufschiebende Wirkung der vorliegenden Beschwerde sei wieder herzustellen (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

Zur Begründung wurde in materieller Hinsicht zusammengefasst ausgeführt, ein Verlaufsgutachten müsse wenn immer möglich von denselben Gutachtern verfasst werden, welche die versicherte Person ursprünglich begutachtet hätten. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Verlaufsgutachten bei Dr. med. K._____ eingeholt habe. Dieser habe den Beschwerdeführer bisher nicht gekannt, weshalb dessen Beurteilung eine weniger grosse Aussagekraft zuzuschreiben sei. Die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin das Verlaufsgutachten nicht bei Dr. med. E._____, sondern bei Dr. med. K._____ in Auftrag gegeben habe, stelle ein sogenanntes Gutachten-Shopping dar, was rechtsprechungsgemäss nicht zulässig sei. Die Beschwerdegegnerin habe mit ihrem Vorgehen, dass sie ohne ersichtlichen Grund ein weniger aussage- und beweiskräftiges Gutachten eingeholt habe, die Untersuchungsmaxime und das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt. Schon aus diesem Grund sei das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K._____ aus dem Recht zu weisen. Noch weniger nachvollziehbar sei, weshalb kein rechtsgenügendes neurologisches Verlaufsgutachten eingeholt worden sei. Stattdessen stütze sich die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des neurologischen Gesundheitszustands ausschliesslich auf die Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 16. März 2018. Neben der Tatsache, dass die neurologische Beurteilung nicht von einem Facharzt, sondern von einem Allgemeinmediziner vorgenommen worden sei, zitiere dieser seinerseits wiederum die subjektiven Beobachtungen von Dr. med. K._____, wie dieser die körperlichen Leiden des Beschwerdeführers anlässlich dessen psychiatrischer Untersuchung wahrgenommen habe. Die unzureichende Abklärung des neurologischen Gesundheitszustands sei insbesondere deshalb beachtlich, weil zur Zeit der rentenbegründenden Verfügung schon allein aufgrund der neurologischen Diagnose von Dr. med. F._____ eine rentenbegründende Invalidität ermittelt worden wäre. Die Beschwerdegegnerin hätte folglich die Dres. med. E._____ und F._____ damit beauftragen müssen, die psychiatrische und neurologische Verlaufsbegutachtung vorzunehmen. Im Übrigen missachte das vorhandene psychiatrische Verlaufsgutachten das Vorgehen anhand eines normativen und ergebnisoffenen Prüfungsrasters, der sog. Indikatorenprüfung. Zudem weise das Gutachten erhebliche inhaltliche Mängel auf. In einem Fall wie dem vorliegenden, wo sich physische und psychische Beschwerden gegenseitig beeinflussten, genüge

eine reine Auseinandersetzung mit der Geschichte der Symptome und Diagnosen im eigenen Fachbereich nicht. Schliesslich sei der Spitalbericht über die Einweisung nach einem Suizidversuch im Herbst 2016 dem Anschein nach nicht Teil der dem Gutachter zur Verfügung gestellten Unterlagen. Der Gutachter habe scheinbar erstmals im mündlichen Bericht des Beschwerdeführers von dessen Selbstmordversuch beiläufig Kenntnis genommen, und dieser werde in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Epikrise auch mit keinem Wort weiter erwähnt. Bei der gegebenen Ausgangslage sei der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt.

E.b Mit prozessleitender Verfügung vom 9. Mai 2018 wurde die Vorinstanz ersucht, innert Frist eine Vernehmlassung vorerst nur zum Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung unter Beilage der gesamten Akten einzureichen (B-act. 2).

E.c Mit einer weiteren prozessleitenden Verfügung vom 9. Mai 2018 forderte die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Aktenentscheid) auf, innert Frist das dieser Verfügung beigelegte Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (B-act. 3; vgl. auch B-act. 5, 6, 8 und 10).

E.d Nachdem die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 28. Mai 2018 beantragt hatte, die aufschiebende Wirkung der Beschwerde sei nicht wieder herzustellen (B-act. 4), wurde mit Zwischenverfügung vom 5. Juni 2018 das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen und die Vorinstanz ersucht, innert Frist eine Vernehmlassung in der Hauptsache einzureichen (B-act. 6 und 7).

E.e In ihrer Vernehmlassung vom 3. Juli 2018 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 9).

Zur Begründung führte sie zusammengefasst aus, der beurteilende, somatische Facharzt des IV-ärztlichen Dienstes sei vollkommen in der Lage gewesen, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. In seiner Stellungnahme vom 16. März 2018 habe er sich nicht darauf beschränkt, das Gutachten von Dr. med. K. _____ vom 5. September 2017 zu berücksichtigen. Er habe zehn weitere medizinische Unterlagen bewertet, um sich seine Meinung zu bilden. Ebenfalls habe er sich auf die Befunde des von Dr. med. K. _____ durchgeführten Blutspiegels gestützt. Dieser sei ein objektives Element, anhand dessen festgestellt werden könne, dass

der Beschwerdeführer keine oder geringe Schmerzmedikamente nehme. Somit könne darauf geschlossen werden, dass die Beschwerden an der Wirbelsäule nicht mehr oder nicht so einschränkend seien wie im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentengewährung. Der somatische Facharzt bestätige in seiner Stellungnahme vom 22. Juni 2018, dass keine Neurokompression bestanden habe und kein lumboradikuläres Ausfallsyndrom bekannt gemacht worden sei. Die Degenerationen der Wirbelsäule könnten bei Beschwerden medikamentös behandelt werden und würden eine körperlich leichte Tätigkeit im Bürobereich ganztags erlauben. Deswegen sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten. Entgegen den Behauptungen des Rechtsvertreters habe Dr. med. K. _____ in seinem Gutachten vom 5. September 2017 die Standardindikatoren vollumfänglich geprüft. Auch habe er eine Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten durchgeführt und den Suizidversuch des Versicherten berücksichtigt. In seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2018 erkläre der beurteilende IV-Facharzt für Psychiatrie, dass ein Suizidversuch in der Vergangenheit allenfalls ein Hinweis, jedoch niemals ein Befund sei. Die im Gutachten gelieferten Befunde würden jeglichen psychiatrischen Gesundheitsschaden, der eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnte, ausschliessen. Bereits in seiner Stellungnahme vom 2. November 2017 habe der beurteilende IV-Psychiater erklärt, dass das Gutachten von Dr. med. K. _____ alle Qualitätsanforderungen erfülle. Die neuen medizinischen Unterlagen vermöchten weder dieses Gutachten noch die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen.

E.f In seiner Replik vom 24. August 2018 liess der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren und den beschwerdeweise gemachten Ausführungen festhalten (B-act. 11).

Zur Begründung liess er ergänzend insbesondere ausführen, die von der Beschwerdegegnerin herangezogene Rechtsprechung sei nicht geeignet, die ausreichende Fachkompetenz eines Facharztes für Allgemeine Medizin zur Beurteilung des spezifischen neurologischen Sachverhalts zu begründen. Der IV-Arzt gebe in seinen Ausführungen keine Hinweise darauf, wie sich der neurologische Gesundheitszustand aufgrund der Diagnosen konkret erheblich verbessert haben soll. Der Hinweis, dass klinisch kein lumboradikuläres Ausfallsyndrom bekannt gemacht worden sei und dies für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend sei, sei zudem nicht korrekt. Im Gutachten von Dr. med. F. _____ seien die Diagnosen des chronischen Zervikalsyndroms, der zervikozephalen Beschwerden sowie der

intermittierenden radikulären Reizung gleichberechtigt für die Ermittlung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten und 20 % in einer angepassten Tätigkeit herangezogen worden. Eine alleinige oder zumindest überwiegende Massgeblichkeit des lumboradikulären Ausfallsyndroms für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit entbehre jeder Grundlage. Es habe auf keinen Fall eine ausreichende Aktenlage bestanden, um eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands aus neurologischer Sicht herleiten zu können. Eine eingehende Untersuchung des Beschwerdeführers beim ursprünglich herangezogenen Neurologen Dr. med. F. _____ sei unerlässlich für die rechtsgenüglihe Feststellung des neurologischen Sachverhalts. Es werde weiterhin bestritten, dass Dr. med. K. _____ den Suizidversuch adäquat berücksichtigt habe. Die Kenntnisnahme der Vorakten im Zusammenhang mit dem Suizidversuch sei für die psychiatrische Begutachtung einer Person, die unter anderem aufgrund der Diagnose einer mittelgradig bis schweren depressiven Episode eine IV-Rente erhalte, im Rahmen der periodischen Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Ausrichtung der Rente von äusserster Relevanz. Dementsprechend müsse ein psychiatrisches Gutachten, welches ohne die Kenntnis einer solchen Tatsache erstellt worden sei, im Ergebnis stark angezweifelt werden. Da das Gutachten in augenscheinlicher Unkenntnis dieser Vorakte erstellt worden sei, erfülle es nicht alle Kriterien für ein voll beweiskräftiges Gutachten.

E.g Mit Zwischenverfügung vom 4. September 2018 hiess die Instruktionsrichterin das Gesuch vom 7. Mai 2018 um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Johannes Kramer als amtlichen Anwalt bei (B-act. 13).

E.h In ihrer Duplik vom 11. September 2018 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest. Zur Begründung machte sie geltend, aus der Replik ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, welche geeignet wären, die Beurteilung des ärztlichen Dienstes in Frage zu stellen oder Veranlassung zu weiteren medizinischen Abklärungen zu geben (B-act. 14).

E.i Mit prozessleitender Verfügung vom 17. September 2018 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (B-act. 15).

E.j Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Dezember 2018 ging eine Kopie der unaufgefordert eingereichten Eingabe des Beschwerdeführers vom

12. Dezember 2018 samt Beilagen an die Vorinstanz; diese erhielt Gelegenheit, innert Frist eine allfällige Stellungnahme einzureichen (B-act. 16 und 17).

E.k Im Rahmen der Stellungnahme vom 10. Januar 2019 führte die Vorinstanz aus, die neue medizinische Dokumentation beziehe sich auf eine medizinische Situation, die nach der Verfügung vom 29. März 2018 eingetreten sei. Ausser einer Diagnose erwähne der Bericht von Dr. M. _____ vom 12. Dezember 2018 keine detaillierte Information, die zu einer Änderung der Stellungnahme des medizinischen Dienstes führen könnte. Die Befunde des MRI vom 18. November 2018 bestätigten die Diagnosen, die vom ärztlichen Dienst schon berücksichtigt worden seien. Aus der Eingabe des Beschwerdeführers ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, die geeignet wären, die Beurteilung des ärztlichen Dienstes in Frage zu stellen (B-act. 18).

E.l Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Januar 2019 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen erneut abgeschlossen (B-act. 19).

E.m Mit Schreiben vom 6. August 2019 übermittelte die Vorinstanz die bei ihr von der Ausgleichskasse des Kantons C. _____ eingereichten Unterlagen an das Bundesverwaltungsgericht zur weiteren Veranlassung (B-act. 20).

E.n Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1

Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2018 (act. 229) berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist deshalb einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 29. März 2018, mit welcher die Vorinstanz die IV-Rente des Beschwerdeführers in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) aufgehoben hat. Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer ist Schweizer und wohnt in Indien. Die Prüfung seines Anspruchs auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich ungeachtet des am 29. Januar 2011 in Kraft getretenen Abkommens vom 3. September 2009 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Indien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.423.1; *im Folgenden*: Abkommen) allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften.

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. März 2018 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

2.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst, wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 63 S. 4; 12 Jahre und 2 Monate), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

2.4 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).

2.5 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.6 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszu-

gehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 141 V 281 E. 2.1.1). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7, 141 V 281 E. 4.1). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 2.2). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich

erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.7 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 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). Dies trifft auf den in Indien wohnhaften, über die Schweizer Staatsbürgerschaft verfügenden Beschwerdeführer mit Blick auf Art. 4 des entsprechenden Abkommens (vgl. E. 2.1 hiervor) sowie den Materialien (vgl. Botschaft vom 28. Oktober 2009 über die Genehmigung des Abkommens zwischen der Schweiz und Indien über soziale Sicherheit; BBl 2009 7628 ff.; 7636 Ziff. 4.1) nicht zu.

2.8 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen

Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3, 130 V 343 E. 3.5). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b).

2.9 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten

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

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, 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). 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigen-

ständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachteten 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 (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

3.

Vorab sind in einem ersten Schritt die beiden massgeblichen Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

3.1 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74^{ter} Bst. f IVV keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.2 Zwar wurde die Rente von der IVSTA mit Mitteilung vom 14. Mai 2013 bestätigt (act. 140). Die Vorinstanz stützte sich in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. med. G. _____ vom 7. Dezember 2010 (act. 69) und Dr. med. J. _____ vom 5. Mai 2013 (act. 139). Der Allgemeinmediziner Dr. med. G. _____ empfahl die Einholung eines psychiatrischen sowie rheumatologischen Berichts. Weiter nahm er insbesondere Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ und führte diesbezüglich aus, aufgrund der Situation, wie sie im Gutachten dargestellt werde, sei kaum eine Besserung zu erwarten. Diese Beurteilung mache er als Nichtpsychiater und werde nach Erhalt der Dokumente je nach Befund den Fall intern dem Psychiater vorlegen. In Ermangelung der Aktualisierung der psychisch-psychiatrischen und somatischen Situation und eines entsprechenden Facharztstitels von Dr. med. G. _____ lag im Zeitpunkt der Berichterstattung keine rechtskonforme medizinische Sachverhaltsabklärung vor. Daran ändert auch die Stellungnahme von Dr. med. J. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Mai 2013 nichts. Der Grund liegt insbesondere darin, dass Dr. med. J. _____ weder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie noch für Neurologie ist und er zudem seine Beurteilung nur auf ältere Berichte aus dem Jahr 2006 und 2010 gestützt hatte.

3.3 Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass hinsichtlich des massgeblichen Vergleichszeitpunktes aufgrund der vorstehend erwähnten höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht auf den 14. Mai 2013 abgestellt werden kann, da sich die Vorinstanz insbesondere mit den Stellungnahmen der Dres. med. G. _____ und J. _____ begnügt und auf die Einholung eines aktuellen, bidisziplinären Verlaufsgutachtens in den medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie/Rheumatologie verzichtet hatte. Demnach bilden im vorliegenden Fall die massgeblichen zeitlichen Vergleichszeitpunkte die ursprünglich rentenzusprechende, unangefochten in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 24. Juli 2007 (act. 63), welche auf den bidisziplinären Expertisen der Dres. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. _____, Facharzt für Neurologie, vom 10. Oktober und 21. November 2006 (act. 54 und 56) basierte, sowie die vorliegend angefochtene Revisionsverfügung vom 29. März 2018 (act. 229). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit vom 24. Juli 2007 bis zum 29. März 2018 in rentenrelevanter Weise verändert hat.

4.

Im Rahmen des Erlasses der ursprünglichen, mit rechtskräftiger Verfügung vom 24. Juli 2007 zugesprochenen halben IV-Rente ab dem 1. September 2004 (act. 63) dienten der Vorinstanz – wie bereits vorstehend erwähnt (vgl. E. 3.3 hiervor) – als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht in erster Linie die Expertisen der Dres. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. _____, Facharzt für Neurologie, vom 10. Oktober und 21. November 2006 (act. 54 und 56).

4.1 Dr. med. E. _____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2006 eine mittelgradig bis schwere depressive Episode (ICD-10: F45.4) bei Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.4). Weiter führte er zusammengefasst aus, die Schmerzproblematik des Versicherten, die im Zusammenhang mit der affektiven Störung diagnostiziert werden müsse, erkläre sich nicht alleine mit organischen Befunden. Es liege eine psychosomatische Erkrankung vor, deren Ursprung psychodynamisch genauer abzuklären nicht möglich gewesen sei. Sicherlich stünden die Depression und das Schmerzsyndrom in einem circulus vitiosus miteinander in Verbindung und beeinflussten die entsprechenden Coping-Mechanismen gegenseitig negativ. Aufgrund der Untersuchungsbefunde, der Aktenlage und der

Angaben des Versicherten sowie des gesamten Verlaufs und nach eingehender Besprechung mit Dr. med. F. _____, der den Versicherten neurologisch begutachte, müsse davon ausgegangen werden, dass dieser aufgrund der Diagnosen in seinem angestammten Beruf zu 50 % arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit müsse der Versicherte aus psychiatrischer und neurologischer Sicht als zu 80 % arbeitsfähig beurteilt werden.

4.2 In seinem neurologischen Gutachten diagnostizierte Dr. med. F. _____ ein mässig ausgeprägtes mittleres und oberes rechts betontes Zervikalsyndrom, mässig ausgeprägte zervikozepale Beschwerden im Sinne einer „migraine cervicale“ und eine intermittierende partikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik C5 rechts bei Diskushernie auf Höhe C4/5 rechts. Weiter berichtete Dr. med. F. _____, die quantitativen Beschwerdeangaben mit stark beeinträchtigenden und invalidisierenden Beschwerden liessen sich nicht nachvollziehen. Dasselbe gelte für die vom Versicherten beklagte starke Beeinträchtigung in sämtlichen Lebensbereichen. Neben dem fehlenden organischen Korrelat für die vom Versicherten beklagten starken Schmerzen lägen zusätzliche Hinweise auf eine Symptomausweitung vor. In einer nicht angepassten Tätigkeit mit praktisch ausschliesslicher Kopfwanghaltung, wie sie vom Versicherten in seiner Tätigkeit als Computerfachmann ausgeübt werde, sei von einer 50%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit mit nur intermittierender fixer Kopfhaltung und ohne Schultergürtelbelastung sowie wechselnder Körperhaltung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Nach Besprechung mit Dr. med. E. _____ werde der Versicherte in seiner Tätigkeit als Computerfachmann als zu 50 % und in angepassten Tätigkeiten als zu 80 % arbeitsfähig erachtet.

5.

Anlässlich der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. März 2018 (act. 229) dienten der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsbasis insbesondere das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. K. _____ vom 5. September 2017 (act. 204), die Berichte von Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom IV-internen medizinischen Dienst vom 2. November 2017 (act. 213) und 1. März 2018 (act. 225) sowie die Stellungnahme von Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom IV-internen medizinischen Dienst vom 16. März 2018 (act. 227). Diese ärztlichen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

5.1 Dr. med. K. _____ diagnostizierte eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei akzentuierten (zwanghaft, narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch) Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) und mit depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4). Weiter führte Dr. med. K. _____ aus, im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. E. _____ sei festzustellen, dass der Versicherte angemessen gehe, kein Tremor vorhanden sei, die motorische Beweglichkeit uneingeschränkt sei, Mimik und Gestik unauffällig seien, keine Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit vorlägen sowie die affektive Schwingungsfähigkeit und der Antrieb vollständig intakt seien. Ein relevanter Rückzug im privaten/häuslichen Leben werde vom Versicherten nicht (mehr) beschrieben. Die im Gutachten von Dr. med. E. _____ attestierte mittelgradige depressive Episode sei remittiert. Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) würden im Fall des Versicherten nur teilweise erfüllt. Es sei deshalb die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.41 zu diskutieren. Die diesbezüglichen Kriterien seien ab Beginn der tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit im September 2003 vermutlich erfüllt gewesen, im weiteren Verlauf seien sie allerdings nur möglicherweise erfüllt. Es lägen keine entsprechenden Beurteilungen vor. Nachdem im Fall des Versicherten beide Subtypen der Kategorie F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv differenziert werden könnten, werde auf eine Klassifizierung über F45.4 hinaus verzichtet. Die Gesundheitsschädigung im Fall des Versicherten erscheine konkret als anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit rezidivierenden niedergeschlagenen Verstimmungen. Eine depressive Episode sei gegenwärtig nicht vorhanden (F32.4). Es sei ausdrücklich festgestellt, dass neben der anhaltenden Schmerzstörung im Fall des Versicherten keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht (mehr) begründet werden könne. Es könne im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. E. _____ festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich verbessert habe. Die in den Akten genannte depressive Episode sei remittiert. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer (objektiver) Sicht aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nicht (mehr) begründbar. Weiter machte Dr. med. K. _____ ausführliche Ausführungen im Zusammenhang mit den Standardindikatoren.

5.2 Dr. med. L. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 2. November 2017 insbesondere aus, ab dem 26. Juli 2017 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Das Gutachten vom 5. September 2017 erfülle alle gemeinhin an solche Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen. Es beruhe auf einer sorgfältigen Untersuchung. Die Schlussfolgerungen seien plausibel und nachvollziehbar begründet. Anhand der Verlaufsanamnese und des vollständig blanden Psychostatus sei mit Sicherheit davon auszugehen, dass die Depression vollständig remittiert sei. Dr. med. E. _____ habe damals nur einen „Verdacht auf“ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 geäussert. Auch dieses Mal werde diese Diagnose aufgeführt, doch erwähne der Versicherte selber, dass er sich mittlerweile daran gewöhnt habe. Er sei aber auch sonst recht aktiv und habe zeitweise auf seinem Beruf gearbeitet, allerdings nur für Bekannte oder Freunde ohne Bezahlung. Somit sei das Hauptargument der neuen Rechtsprechung – das der Konsistenz, d.h. der Einschränkung in allen Bereichen, also auch während der Freizeit – nicht erfüllt. Im Zusammenhang mit dem strukturieren Beweisverfahren führte Dr. med. L. _____ aus, eine depressive Symptomatik könne nicht mehr festgestellt werden. Die Symptomatik von Seiten der Schmerzstörung sei äusserst gering. Es werde kaum eine Behandlung durchgeführt in den letzten Jahren. Der Versicherte beschreibe einen gescheiterten Eingliederungsversuch. Es bestehe keine Komorbidität, und die Depression sei remittiert. Es finde sich eine auffällige Persönlichkeit, doch keine Persönlichkeitsstörung. Ressourcen seien durchaus vorhanden. Es bestehe kein sozialer Rückzug. Der Versicherte sei voll integriert. Es bestünden fast keine Einschränkungen, jedenfalls liessen sich anhand der vielen Reisen keine solchen ausmachen. Der Versicherte arbeite teilweise, helfe aus, besuche Freunde. Ein wirklicher Leidensdruck lasse sich nicht ausmachen.

5.3 Nach Vorliegen weiterer medizinischer Unterlagen aus dem Ausland erwähnte Dr. med. L. _____ am 1. März 2018, kein einziges dieser neu eingereichten Dokumente betreffe die Psychiatrie. Daher bestehe kein Anlass, seine Stellungnahme vom 2. November 2017 zu ändern.

5.4 Der Allgemeinmediziner Dr. med. J. _____ attestierte dem Versicherten in seinem Bericht vom 16. März 2018 ab dem 5. September 2017 (Datum Gutachten Dr. med. K. _____) eine volle Arbeitsfähigkeit. Er führte weiter aus, gemäss Attest von Prof. Dr. N. _____ vom 15. August 2017 bestehe ein akuter lumbaler Bandscheibenprolaps L4/L5 mit „Multilevel Cervical Disease“. In diesem Bericht fehlten jedoch klinische Befunde mit

Angaben von Funktionseinschränkungen an der Wirbelsäule, und eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden. In der „lumbalen MRT“ vom 21. November 2017 würden „Bandscheiben-Impingement Wurzel L4 links und Wurzel S1 beidseits“ festgestellt, jedoch keine Neurokompression. Klinisch werde kein lumboradikuläres Ausfallsyndrom bekannt gemacht mit den beschriebenen Degenerationen an der Wirbelsäule, was für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend sei. Die Beschwerden an der Wirbelsäule könnten nicht sehr gravierend sein, da der Versicherte anlässlich der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. med. K._____ keine Einschränkungen gezeigt habe und die Schmerzmedikamente nicht oder ungenügend eingenommen worden seien. Die angestammte körperlich leichte Arbeit im Bürobereich (Informatiker) sei vollzeitig zumutbar.

6.

6.1 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.8 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD resp. des IV-internen medizinischen Dienstes unter gewissen Bedingungen abgestellt werden. Diese Bedingungen sind vorliegend jedoch nicht erfüllt. Zunächst kann sich der Allgemeinmediziner Dr. med. J._____ nicht auf ein aktuelles neurologisches Gutachten stützen, datiert die Expertise des Neurologen Dr. med. F._____ doch vom 21. November 2006 (act. 56) und war im Zeitpunkt der Berichterstattung von Dr. med. J._____ am 16. März 2018 bereits über elfeinhalb Jahre alt. Da Dr. med. J._____ als Facharzt für Allgemeine Medizin zudem nicht über einen Facharzttitel auf dem Gebiet der Neurologie verfügt, kann auch unter diesem Aspekt seine Stellungnahme vom 16. März 2018 nicht als uneingeschränkt beweiskräftig qualifiziert werden (vgl. zum gegenteiligen Fall Urteil des BVGer C-5379/2009 vom 28. März 2011 E. 3.3.2.1; vgl. auch Urteile C- 5286/2013 vom 1. Dezember 2014 E. 3.3.1 und C-2862/2010 vom 7. Mai 2012 E. 3.3.2 mit Hinweisen).

6.2

6.2.1 Betreffend die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach die Vorinstanz die Dres. med. E._____ und F._____ mit der psychiatrischen und neurologischen Verlaufsbegutachtung hätte beauftragen müssen und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K._____ zufolge Verletzung der Untersuchungsmaxime und des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers aus dem Recht zu weisen sei, ist vorab festzuhalten, dass sich ein Mitwirkungsrecht im Sinne eines Wahlrechts bei der Bestimmung

des Gutachters weder aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör noch aus der „Nähe“ des Einspracheverfahrens zur streitigen Verwaltungsrechtspflege ableiten lässt (RKUV 1998 U 309 S. 460 E. 4b). Insofern bleibt kein Raum, das Gutachten von Dr. med. K. _____ aus dem Recht zu weisen, zumal der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (vgl. hierzu BGE 117 V 282 E. 4a). Ergänzend ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass weder die Beauftragung von Dr. med. K. _____ noch dessen Expertise für sich allein genommen – in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes – zu einer unvollständigen Erhebung des Sachverhalts geführt hatte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu auch Urteil 8C_736/2014 vom 29. November 2014 E. 2.1).

6.2.2 Die durch Dr. med. K. _____ vorgenommene Feststellung der revisionsbegründenden Veränderung des gesundheitlichen Zustands erfolgte zwar in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht durch eine Gegenüberstellung des vergangenen und des aktuellen Zustandes. Da sich die Expertise von Dr. med. K. _____ ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht und sich dessen – von Dr. med. E. _____ abweichende – ärztliche Einschätzung hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht stattgefunden hat, kommt dem Gutachten vom 5. September 2017 (act. 204) an sich Beweiswert zu (vgl. zum gegenteiligen Fall SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Insbesondere zeigte Dr. med. K. _____ nachvollziehbar und schlüssig auf, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu der diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2). Damit kann es vorliegend jedoch nicht sein Bewenden haben:

6.3 Im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. _____, Facharzt für Neurologie, vom 10. Oktober und 21. November 2006 (act. 54 und 56). Obwohl Dr. med. F. _____ dem Versicherten zufolge des Zervikalsyndroms, den mässig ausgeprägten zervikozephalen Beschwerden und der intermittierenden partikulären Reiz- und Ausfallsymptomatik C5 rechts bei Diskushernie auf Höhe C4/5 rechts in der angestammten Tätig-

keit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und in einer leidensadaptierten Verweigerungstätigkeit eine 80%ige Leistungsfähigkeit attestiert hatte, verzichtete die Vorinstanz auf die Durchführung einer bidisziplinären Verlaufsbeurteilung. Sie beschränkte sich vielmehr bloss auf die Einholung einer psychiatrischen Expertise bei Dr. med. K. _____, obwohl der entsprechende Auftrag an diesen Facharzt mit „Auftrag für eine *interdisziplinäre* medizinische Abklärung“ betitelt war. Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Da mit Blick auf die Ausführungen der Dres. med. F. _____ und E. _____ beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache offenbar physische und psychische Beeinträchtigungen zusammengewirkt hatten, ist es nicht gerechtfertigt, im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahrens die psychischen Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit isoliert abzuklären. Insofern kann auch den Berichten von Dr. med. L. _____ vom IV-internen medizinischen Dienst vom 2. November 2017 und 1. März 2018 kein (voller) Beweiswert zukommen.

6.4 Vielmehr wäre angesichts der Aktenlage – wie oben bereits erwähnt – eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen gewesen, um den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie allfällige medizinische Veränderungen gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache rechtsgenüglich abzuklären (vgl. hierzu Urteil des BVerG C-2875/2014 vom 8. September 2016 E. 3.3.5 mit Hinweis auf Urteile des BVerG 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E.5 mit Hinweisen). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mangels Aktualität des Gutachtens von Dr. med. F. _____ vom 21. November 2006 auch keine Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung dieses Gutachtens nicht gewandelt hat (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 36 S. 116 E. 3.2.3). Schliesslich ist mit Blick auf die von der Vorinstanz zwingend in Auftrag zu gebende Begutachtung darauf hinzuweisen, dass es den Gutachtern auch bei bidisziplinären Begutachtungen freisteht, die vom Bundesverwaltungsgericht bezeichneten Disziplinen (Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie) gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3; Entscheid des BVerG vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Sollte sich ergeben, dass im Rahmen der von der Vorinstanz anzuordnenden Expertise die Berücksichtigung einer weiteren Fachdisziplin unumgänglich wäre, hätte eine solche – da somit nebst

der Neurologie und der Psychiatrie/Psychotherapie drei (oder sogar mehr) Fachdisziplinen beteiligt wären – bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG, wobei die Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ erfolgt (Art. 72^{bis} Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2).

6.5 Wie bereits vorstehend dargelegt (vgl. E. 6.2 hiavor), hat der Beschwerdeführer kein Mitwirkungsrecht im Sinne eines Wahlrechts bei der Bestimmung der Gutachter. Hinzu kommt, dass die Vergabe eines Verlaufsgutachtens an die Dres. med. E. _____ und F. _____ in Anbetracht der langen Zeitdauer seit der letzten bidisziplinären Begutachtung den Aufschlusswert der Verlaufsbeugutachtung nicht zu erhöhen vermöchte (vgl. zum gegenteiligen Fall Urteil des BGer 8C_615/2008 vom 15. September 2008 E. 4.2). Sollte der Beschwerdeführer weiterhin der Auffassung sein, die Verlaufsbeugutachtung müsse durch die Dres. med. E. _____ und F. _____ erfolgen, wäre dies von der Vorinstanz als Gegenvorschlag im Sinne von Art. 44 ATSG zu würdigen. Denkbar wäre schliesslich auch, dass diese Thematik von der Vorinstanz als Antrag im Rahmen eines Einigungsversuchs zu behandeln wäre. Dabei wäre einerseits zu berücksichtigen, dass sich die Beteiligten auch nach Einführung der Zuweisungsplattform SuisseMED@P – die Gutachterwahl bei polydisziplinären Gutachten hat immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen und für eine einvernehmliche Benennung der Experten bleibt kein Raum (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) – mit Einwendungen auseinanderzusetzen haben, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben; insoweit sind Konsensbestrebungen weiterhin nicht hinfällig (vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1). Andererseits wäre bei einer bidisziplinären Begutachtung im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbliebe, hätte die Vorinstanz eine Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter zu erlassen (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 und 5.4).

7.

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die vorliegenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG der Dres. med. L. _____ und J. _____ sowie die psychiatrische

Expertise von Dr. med. K. _____ vermögen mit Blick auf die gesamtmedizinische Situation mangels voller Beweiskraft keine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden Abklärungen (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; zum gegenteiligen Fall resp. zur antizipierten Beweismündigkeit vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Die damit verbundene Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist möglich, da einerseits kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes bidisziplinäres Administrativgutachten vorliegt und andererseits eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2). Zwar hatten die Dres. med. L. _____, J. _____ und K. _____ Informationsquellen in Form von in- und ausländischen Arztberichten zur Verfügung. Jedoch stand aufgrund dieser Berichte insbesondere in neurologischer Hinsicht weder ein aktueller lückenloser fachärztlicher Untersuchungsbefund noch ein vollständiges Bild über den Verlauf und den gegenwärtigen Status in neurologischer resp. in gesamtmedizinischer Hinsicht zur Verfügung (vgl. hierzu RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Es ist demnach auch nicht rechtsgenügend erstellt, ob sich der Gesundheitszustand während des in Frage stehenden Zeitraums zwischen dem 24. Juli 2007 (Datum der Verfügung der erstmaligen Rentenzusprache; act. 63) und der streitigen, angefochtenen Revisionsverfügung vom 29. März 2018 (act. 229) rentenrelevant verändert hat (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 hiervor). Auf die Durchführung einer Verlaufsbeurteilung in der Schweiz (betreffend Modalitäten der Gutachten vgl. E. 6.4 f.) kann unter diesen Umständen nicht verzichtet werden. Da mit Blick auf die Akten vorliegend neurologische und psychische Beeinträchtigungen zusammenwirken, hat diese Beurteilung durch entsprechend ausgebildete Fachärztinnen und/oder -ärzte insbesondere in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie interdisziplinär zu erfolgen (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2. mit Hinweisen). Im Rahmen der notwendigen medizinischen Beurteilung sind von den Expertinnen und Experten sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu würdigen, und diese haben sich auch zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit zu äussern. Gemäss BGE 141 V 281 soll dabei nicht die Diagnose, sondern der Nachweis der Behinderung mit Hilfe von Indikatoren im Fokus der Beurteilung stehen.

8.

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und erneut abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

9.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 7. Mai 2018 insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. März 2018 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Auf die Einholung eines Kostenvorschusses wurde im vorliegenden Fall infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung verzichtet. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- angemessen (inklusive 8%iger Mehrwertsteuer bis Ende Dezember 2017; seit 1. Januar 2018 7.7 % [vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 {MWSTG; SR 641.20}]; zur Berücksichtigung der Mehrwertsteuer bei der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands vgl. BGE 141 III 560 E. 2. und 3.).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 7. Mai 2018 wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. März 2018 aufgehoben wird und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückgewiesen werden.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Schreiben der Vorinstanz vom 6. August 2019 inkl. Beilagen)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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: