



Urteil vom 10. April 2019

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Nadja Francke.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Dr. iur. Helena Hess, Advokatin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision
(Verfügung vom 4. Januar 2018).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1965 geborene und in seinem Heimatland Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) arbeitete seit 1990 als Grenzgänger in der Schweiz und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV, Akten der Vorinstanz [nachfolgend: act.] 6, S. 2). Zuletzt war er von Juli 2007 bis Dezember 2011 als Schweisser bei der B. _____ AG in (...)/C. _____ beschäftigt (act. 6, S. 2; act. 25, S. 4 f.).

B.

Am 6. Juni 2011 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C. _____ (nachfolgend: IV-Stelle C. _____) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an (act. 1). Gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle C. _____ lehnte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) mit Verfügung vom 1. November 2011 einen Leistungsanspruch des Versicherten ab (act. 20).

C.

C.a Am 6. Februar 2012 (Eingang am 13. Februar 2012) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle C. _____ zum Leistungsbezug an (act. 21).

C.b Nachdem der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle C. _____, Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, am 3. Mai 2012 aufgrund der neu eingereichten Akten zum Schluss gekommen war, dass der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustand im Vergleich zum Zeitpunkt der letzten leistungsabweisenden Verfügung glaubhaft gemacht habe (act. 35), nahm die IV-Stelle C. _____ weitere medizinische und berufliche Abklärungen vor (act. 40 - 53). Gemäss seiner Stellungnahme vom 16. April 2013 erachtete RAD-Arzt Dr. D. _____ die ihm vorgelegten neuen medizinischen Unterlagen als ungenügend zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten und hielt daher die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung für notwendig (act. 54).

C.c Vom 6. bis 7. und 26. bis 27. August 2013 wurde der Versicherte durch die E. _____ polydisziplinär (rheumatologisch, pneumologisch und psychiatrisch) untersucht und begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom

6. November 2013 (act. 64.1) wurden folgende arbeitsfähigkeitseinschränkende Diagnosen genannt: morbide Adipositas, Overlap-Syndrom (COPD, Adipositas-Hypoventilationssyndrom, OSAS), psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10 F54) sowie depressive Störung, gegenwärtig teilweise remittiert, entsprechend einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0). In der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schweisser nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit (act. 64.1, S. 29 f.). RAD-Arzt Dr. D._____ erachtete das Gutachten als beweiskräftig (act. 66).

C.d Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2013 stellte die IV-Stelle C._____ dem Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (act. 68).

C.e Dagegen erhob der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Manfred Bayendörfer, am 20. Januar 2014 Einwand und beantragte – insbesondere mit Hinweis auf die seit der Begutachtung eingetretene deutliche Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands – die Zuspache einer ganzen Invalidenrente (act. 72). Aufgrund der eingereichten medizinischen Berichte (act. 76, 80, 83) nahm die IV-Stelle C._____ weitere Abklärungen vor. (act. 85 - 103). Gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D._____ vom 31. März 2015, wonach seit dem 14. April 2014 nachvollziehbar eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestehe, sprach die IVSTA auf Veranlassung der IV-Stelle C._____ dem Versicherten mit Verfügungen vom 28. Oktober 2015 für den Zeitraum vom 1. September 2012 bis 30. Juni 2014 eine Viertelsrente (IV-Grad: 43 %, act. 119, S. 4 ff.) und ab 1. Juli 2014 eine ganze Rente zu (IV-Grad: 100 %; act. 119, S. 14 ff.).

C.f Im Juni 2016 eröffnete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren (act. 122) und holte Verlaufsberichte bei der Hausärztin des Versicherten, Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, sowie beim behandelnden Psychiater, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (act. 126 - 129). RAD-Arzt Dr. D._____ kam in Würdigung der vorliegenden Akten am 1. November 2016 zum Schluss, dass angesichts des langen Verlaufs und der wenig aussagekräftigen Aktenlage eine umfassende Abklärung in Form einer polydisziplinären Begutachtung angezeigt sei (act. 131).

C.g Am 11. Januar 2017 erfolgte die polydisziplinäre (orthopädische, psychiatrische und internistische) Begutachtung des Versicherten durch die H._____ GmbH. Im entsprechenden Gutachten vom 27. Februar 2017 (act. 143.2) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: (1) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-Nr. F33.1), (2) Overlap Syndrom mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom, Adipositas-Hyperventilations-Syndrom, COPD, Asthma bronchiale und (3) Adipositas per magna (act. 143.2, S. 46). In der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit kamen die Gutachter zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer seit dem 5. September 2011 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bei voller Stundenpräsenz als Schweisser bestehe. Betreffend eine leidensadaptierte Tätigkeit könnten körperlich nicht belastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten seit jeher bei voller Stundenpräsenz gesamthaft zu 100 % zugemutet werden. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, betrage die Arbeitsfähigkeit ab Januar 2015 bei voller Stundenpräsenz 60 % (act. 143.2, S. 47).

C.h RAD-Arzt Dr. D._____ hielt in der Stellungnahme vom 28. März 2017 fest, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne. Der Gesundheitszustand habe sich seit "der Verlegung" (gemeint wohl: Verfügung) vom 28. Oktober 2015 nicht wesentlich verändert (act. 145, S. 4).

C.i Mit Vorbescheid vom 25. August 2017 stellte die IV-Stelle C._____ dem Versicherten die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine halbe Rente in Aussicht. Zur Begründung führte sie aus, es sei in der Verfügung vom 28. Oktober 2015 festgehalten worden, dass aus somatischen Gründen die Ausübung der angestammten Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei jedoch aus rein somatischer Sicht zu 80 % zumutbar. Die Zusprache einer ganzen Invalidenrente sei letztlich aus psychiatrischen Gründen infolge einer "rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome" erfolgt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vollständig eingeschränkt gewesen. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bei der H._____ habe noch "eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode" festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand soweit verbessert, dass eine angepasste Tätigkeit bei einem vollen zeitliche Pensum zu 60 % zumutbar sei. Aus somatischer Sicht bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit keine wesentliche Einschränkung. Aufgrund des verbesserten Gesundheitszustands liege ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 2 (recte:

Abs. 1) ATSG (SR 830.1) vor. Ausgehend von der 60 %igen Arbeitsfähigkeit resultiere aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 57 %, weshalb die bisherige ganze Rente auf eine halbe Rente reduziert werde (act. 146).

C.j Gegen den Vorbescheid liess der fortan wieder anwaltlich vertretene Versicherte am 22. September 2017 Einwand erheben unter Beilage eines aktuellen Berichts von Dr. G._____. Er beantragte, es sei ihm weiterhin eine ganze IV-Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % zu gewähren und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, dass sich weder aus dem polydisziplinären Gutachten vom 27. Februar 2017 noch aus den sonstigen medizinischen Unterlagen eine wesentliche Verbesserung seines Gesundheitszustands gegenüber der ursprünglichen Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015 ableiten lasse (act. 151). In Ergänzung des Einwandschreibens reichte der Rechtsvertreter am 6. Oktober 2017 eine Kopie seines Schreibens an Dr. G._____ vom 19. September 2017 sowie dessen Antwortschreiben vom 28. September 2017 ein. Er hielt im Wesentlichen fest, dass gemäss der Antwort von Dr. G._____ keine dauerhafte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands angenommen werden könne. Bei der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach bereits ab Januar 2015 eine 60 %ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, handle es sich um eine optimistischere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (act. 153).

C.k Gestützt auf die Feststellungen der IV-Stelle C._____ verfügte die IVSTA am 12. Dezember 2017 in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV (SR 831.201) die Herabsetzung der dem Beschwerdeführer bisher ausgerichteten ganzen Rente auf eine halbe Rente per 1. Februar 2017. Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung. Die Verfügungsbegründung entspricht im Wesentlichen der Begründung des Vorbescheids. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers wurde festgehalten, dass die abweichende Beurteilung von Dr. G._____ keine Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens vom 27. Februar 2017 zu begründen vermöge (act. 157, S. 3 ff.). Entsprechend einem Hinweis des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf ein (offensichtliches) Versehen in der Verfügung betreffend den darin genannten Zeitpunkt (falsche Jahreszahl) der Rentenherabsetzung und dem Begehren um Berichtigung (vgl. Schreiben vom 15. Dezember 2017, Beilage 2 zur Beschwerde, nicht in den Vorakten), erliess die Vorinstanz am 4. Januar 2018 in Ersatz der Verfügung vom 12. Dezember 2017 eine korrigierte Verfügung, wonach die

Rente per 1. Februar 2018 (statt 1. Februar 2017) herabgesetzt werde (act. 159).

D.

D.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Manfred Bayendörfer, am 25. Januar 2018 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben. Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung (zuzüglich Kinderrente für den Sohn I. _____) auszurichten. Weiter sei ihm eine angemessene Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter im Wesentlichen aus, dass sich aus den Akten keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ableiten lasse. Bei der laut Gutachten vom 27. Februar 2017 angeblich eingetretenen Verbesserung des psychischen Zustands bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten sich die Gutachter einzig auf einen Bericht von Dr. G. _____ vom 13. Mai 2015 berufen, worin ein "leichter Rückgang" des depressiven Zustandsbildes beschrieben worden sei. Diese Verbesserung sei indessen bereits vor der Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015 eingetreten und begründe folglich zum vornherein keine massgebliche Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Obwohl RAD-Arzt Dr. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 28. März 2017 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 28. Oktober 2015 verneint habe, habe sich die IV-Stelle C. _____ bzw. die Vorinstanz unverständlicherweise ohne jegliche Begründung über die Beurteilung des eigenen ärztlichen Dienstes hinweggesetzt. Hinzu komme, dass Dr. G. _____ im jüngsten Bericht vom 6. September 2017 eine dauerhafte Verbesserung klar verneint habe. Die gemäss Bericht gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung in Gestalt einer gegenwärtig anhaltend schweren Episode (ICD-10 F33.2) stimme exakt überein mit der Diagnose, welche zur Anerkennung eines Invaliditätsgrads von 100 % geführt habe. In seinem Schreiben vom 28. September 2017 habe Dr. G. _____ sodann ausdrücklich bestätigt, dass sich das Zustandsbild zwischen Mai 2015 und April 2016 eher wieder verschlechtert habe. Von einer länger anhaltenden, revisionsrechtlich bedeutsamen Verbesserung könne daher keine Rede sein. Das Gutachten vom 27. Februar 2017 gehe davon aus, dass beim Beschwerdeführer zwischen Januar 2015 und dem Begutachtungszeitpunkt permanent eine unveränderte psychische Verfassung mit mittelgradiger depressiver Episode

bestanden habe. Daraus hätten die Gutachter abgeleitet, dass der Beschwerdeführer ab ca. Januar 2015 zu 60 % arbeitsfähig sei. Eine wesentliche, nach Erlass der Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015 eingetretene Änderung des Gesundheitszustands werde im Gutachten nicht namhaft gemacht. Vielmehr handle es sich um eine optimistischere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts, welche revisionsrechtlich irrelevant sei. Im Weiteren vermöge das Gutachten auch im Hinblick auf die beweisrechtlichen Anforderungen an ein Revisionsgutachten nicht zu überzeugen. So fehle es an einer konkreten Beschreibung der Befunde, aus denen die angebliche Besserung abgeleitet werde, sowie an einer Erklärung, weshalb die Veränderung im Januar 2015 eingetreten sein solle. Bei der "leichten Besserung" gemäss Bericht von Dr. G. _____ vom 13. Mai 2015 handle es sich um eine blosser Momentaufnahme ohne Einfluss auf die Diagnosestellung, wie es sich auch aus dessen jüngsten Äusserungen vom 6. bzw. 28. September 2017 ergebe. Dazu komme, dass auch die vorangegangenen medizinischen Beurteilungen keinerlei Aussichten auf eine bevorstehende erhebliche Zustandsbesserung erkennen liessen. Schliesslich sei in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen, dass die depressive Erkrankung des Beschwerdeführers durch eine schwere somatische Komorbidität verstärkt werde. Das Gutachten vom 27. Februar 2017 sei hinsichtlich der Lungenerkrankung des Beschwerdeführers nicht aussagekräftig, da dieser nur von einem Internisten, nicht aber von einem Lungenspezialisten untersucht und beurteilt worden sei. Die gutachterliche Aussage, wonach der Beschwerdeführer in körperlich nicht belastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei, stehe im Widerspruch zur Beurteilung der Hausärztin sowie zu einer anderen Aussage im Gutachten, wonach eine sitzende Tätigkeit während maximal eineinhalb Stunden verrichtet werden könne. Angesichts der stark limitierten Laufstrecke von 20 m und der stark eingeschränkten Lungenfunktion erscheine es ausgeschlossen, dass eine leidensadaptierte Tätigkeit vollzeitlich ausgeübt werden könne. Zu erwähnen sei, dass der Beschwerdeführer nach deutschem Recht schon im Jahr 2013 als "schwerbehindert" eingestuft worden sei. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass die angefochtene Verfügung auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Wiedererwägung geschützt werden könne. Der medizinische Sachverhalt, auf den sich die Verfügung vom 28. Oktober 2015 gestützt habe, sei ausreichend abgeklärt gewesen. Für den Fall, dass das Gericht zum Schluss komme, es ergäben sich aus dem Gutachten vom 27. Februar 2017 Anhaltspunkte für eine revisionsrechtlich massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, werde geltend gemacht, dass das Gutachten er-

hebliche Mängel aufweise (keine ausreichende Begründung der geänderten Diagnose, keine vertiefte Auseinandersetzung mit voraktlichen Facharztberichten, Widersprüche in somatischer Hinsicht) und deshalb keine taugliche Beweisgrundlage für die angefochtene Verfügung darstelle. Dementsprechend werde eventualiter der Beweisantrag auf Einholung eines umfassenden Gerichtsgutachtens gestellt (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1).

D.b Mit Vernehmlassung vom 22. Februar 2018 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde bzw. die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. In der beiliegenden Stellungnahme der IV-Stelle C._____ wurde festgehalten, man habe dem Sachverhalt nichts mehr beizufügen und verweise auf die Ausführungen und Begründungen im Vorbescheid vom 25. August 2017 und in der Verfügung vom 12. Dezember 2017 (BVGer-act. 6).

D.c Mit Eingabe vom 12. März 2018 wies der Rechtsvertreter unter Beilage des entsprechenden Schreibens darauf hin, dass die Pensionskasse des Beschwerdeführers die angefochtene Kürzung des Invalidenrentenanspruchs nachvollzogen habe (BVGer-act. 8). Diese Eingabe wurde der Vorinstanz mit Instruktionsverfügung vom 16. März 2018 zur Kenntnis gebracht und der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 9).

D.d Mit Schreiben vom 25. Juni 2018 teilte der Rechtsvertreter unter Beilage einer entsprechenden Vollmacht mit, dass die Vertretung des Beschwerdeführers mit dessen Einverständnis von Rechtsanwältin Dr. Helena Hess in (...) übernommen worden sei (BVGer-act. 10).

D.e Mit Schreiben vom 8. Februar 2019 gewährte der Instruktionsrichter der Pensionskasse J._____ als Trägerin respektive Versicherer der beruflichen Vorsorge des Beschwerdeführers und damit vom Streitgegenstand Betroffene die Möglichkeit, innert 30 Tagen ab Erhalt dieses Schreibens Bemerkungen zum ergangenen Schriftenwechsel resp. zum Streitgegenstand einzureichen (BVGer-act. 13 und 14). Die Pensionskasse liess sich innert angesetzter Frist nicht vernehmen.

E.

Auf die weiteren Vorbringen und Beweismittel wird – soweit entscheidungswesentlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 40 Abs. 2 IVV; Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 4), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. Januar 2018 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 4. Januar 2018, mit welcher die Vorinstanz die Verfügung vom 12. Dezember 2017 betreffend den Zeitpunkt der Rentenherabsetzung berichtigt und ersetzt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Rente des Beschwerdeführers zu Recht per 1. Februar 2018 auf eine halbe Rente herabgesetzt hat.

3.

3.1 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).

3.2 Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 154).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-4409/2017 vom 6. März 2018 E. 3.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

4.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 4. Januar 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 4. Januar 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

5.

5.1 Die Vorinstanz ging gemäss ihrer Begründung der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2018 von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus. Demnach sei die Zusprache einer ganzen Rente mit Verfügung vom 28. Oktober 2015 infolge einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, und der sich daraus ergebenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bei der H._____ habe noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine Arbeitsfähigkeit von 60 % festgestellt werden können. Damit liege ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vor (act. 159, S. 7 f.).

5.2 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). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b; Urteil des BGer 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist 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 m.H.).

5.2.1 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie

erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. 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. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist 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 Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; BGer 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

5.2.2 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 (rechtskräftige Verfügung), 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; Urteile des BGer I 803/06 vom 21. Februar 2007 E. 4.1; 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 4.1).

5.3 Zum Zeitpunkt der vorliegend als Vergleichsbasis heranzuziehenden vorinstanzlichen Verfügung vom 28. Oktober 2015 stellte sich der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss den vorliegenden Akten im Wesentlichen wie folgt dar:

5.3.1 Der behandelnde Psychiater Dr. G. _____ gab im Bericht vom 25. Oktober 2011 als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) an und hielt fest, dass sich der Beschwerdeführer erstmals Anfang September 2011 aufgrund eines depressiven Syndroms vorgestellt habe

(act. 49, S. 16). Vom 24. Januar bis 8. März 2012 absolvierte der Beschwerdeführer eine stationäre Behandlung in der K. _____-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Im entsprechenden Bericht vom 9. März 2012 wurden als psychiatrische Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) aufgeführt. Gemäss Bericht wurde der Beschwerdeführer in leicht gebessertem Zustand entlassen (act. 49, S. 9 ff.). Im Arztbericht vom 23. Juli 2012 zuhanden der IV-Stelle C. _____ gab Dr. G. _____ an, dass beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vorlägen. Die depressive Symptomatik bestehe seit mindestens September 2011 (Beginn der ambulanten Behandlung am 5. September 2011). Befundmässig imponierten initial Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Grübelneigung, unregelmässiger Appetit, Rückzugstendenzen, Gedankenkreisen und intermittierende fremdaggressive Gefühle gegenüber dem Arbeitgeber. Die Behandlung erfolge mittels einer Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Seit dem 5. September 2011 liege in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit vor. Eine geregelte Arbeit sei aufgrund der Antriebsminderung, des gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus, des Stimmungstiefs sowie der intermittierenden aggressiven Impulse nicht möglich (act. 49). Im Verlaufsbericht vom 28. Januar 2013 gab Dr. G. _____ einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers an und schätze die Prognose als ungünstig ein (act. 52).

5.3.2 Auf Veranlassung von RAD-Arzt Dr. D. _____ (act. 54) erfolgte im August 2013 eine polydisziplinäre Begutachtung durch die E. _____. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. August 2013 gab der Gutachter Dr. med. L. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an: psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10 F54) und depressive Störung, gegenwärtig teilweise remittiert, entsprechend einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0). In der Beurteilung hielt er bezüglich der depressiven Störung fest, dass verglichen mit den Berichten von Dr. G. _____ und der K. _____-Klinik von einer deutlichen Aufhellung der Depression auszugehen sei. Allerdings könne es sich um eine abweichende Beurteilung des gleichen Sachverhalts handeln: Eine depressive Symptomatik sei vorhanden, aber im Vordergrund stünden die Antriebsschwäche, die Lustlosigkeit,

die Ermüdbarkeit, die fehlende Belastbarkeit und Durchhaltevermögen, während die depressive Kernsymptomatik, wie die depressive, wenig veränderliche Stimmung, Schuldgefühle, Lebensüberdruß, zwar vorhanden seien, aber wesentlich weniger ausgeprägt seien als die im Vordergrund stehenden, aber durch andere Erkrankungen (v.a. Schlafapnoe und Adipositas) erklärbaren Symptome. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 20 % (act. 64.2, S. 21 ff.). In einer Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. G._____ am 25. Januar 2014 fest, dem Gutachten sei insofern zuzustimmen, dass das Ausmass der Erkrankung nicht mehr vollständig dem Beschwerdebild zu Beginn der Behandlung entspreche und die Kriterien für eine schwere depressive Episode nicht mehr erfüllt seien. Dennoch sei die Diagnose einer leichten depressiven Episode nicht zutreffend. Es bestehe beim Beschwerdeführer nach wie vor eine gedrückte Stimmungslage, die nur begrenzt und kurzzeitig aufzuhellen sei, ein deutlicher Interessenverlust, Motivationslosigkeit, vermindertes Freudempfinden, deutlich reduzierter Antrieb, ausgeprägte Störung des Tag-Nacht-Rhythmus, einhergehend mit gravierenden Schlafstörungen sowie eine negative, pessimistische Zukunftsaussicht, einhergehend mit einem verminderten Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Auch wenn Schlaf- und Antriebsstörungen wie im Gutachten geschildert auch bei körperlichen Beschwerden wie Schlafapnoe und Adipositas auftreten könnten und die Zuordnung schwer falle, könne die Symptomatik nicht per se ausser Acht gelassen werden. Somit seien die Voraussetzungen für eine mittelgradige depressive Episode erfüllt und es sei weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. 78).

5.3.3 Vom 14. April bis 27. Juni 2014 befand sich der Beschwerdeführer zur stationären Behandlung in der Klinik M._____, Zentrum für Akutmedizin, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, in (...). Gemäss den Berichten der Klinik vom 15. Juni und 15. Juli 2014 wurde in psychiatrischer Hinsicht die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) gestellt. Bei der Aufnahme am 14. April 2014 wurden folgende Befunde angegeben: Psychomotorik angespannt, Antrieb deutlich gemindert in Form von Energieverlust, Erschöpfbarkeit und starkem Rückzugsbedürfnis. Stimmungslage niedergeschlagen, resignativ mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Konzentrations-, Auffassungs- und Merkfähigkeit seien depressiv eingeschränkt. Das Denken sei inhaltlich eingeschränkt auf das aktuelle Insuffizienzerleben mit Selbstzweifeln, Selbstentwertung und Hilflosigkeit mit sehr eingeschränkter Fä-

higkeit zum Perspektivenwechsel. Suizidgedanken würden geäussert. Aktuell bestehe keine suizidale Handlungsbereitschaft, jedoch Bilanzierungstendenzen, die eine latente Suizidalität oder fremdgefährdete Handlungen nicht ausschliessen liessen (act. 86, S. 2; act. 94, S. 5). Im Austrittsbericht vom 5. August 2014 hielten die Ärzte fest, dass die bestehende schwere depressive Episode durch den stationären Aufenthalt nur rudimentär habe stabilisiert werden können. Eine Änderung der Diagnose gebe es nicht. Beim Beschwerdeführer liege neben somatischen Erkrankungen eine rezidivierend auftretende, auch nach stationärer Behandlung therapieresistente schwere depressive Episode vor. Aufgrund der schweren chronifizierten depressiven Störung, der ungewissen beruflichen und wirtschaftlichen Situation des Beschwerdeführers, seinen rudimentären Ressourcen und seiner ausgeprägten sozialen Isolation in Verbindung mit den zahlreichen schweren somatischen Erkrankungen werde die Prognose als ungünstig eingeschätzt; die bisherige wie auch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (act. 94, S. 1 f.).

5.3.4 Gestützt auf den Austrittsbericht der M._____-Klinik erachtete RAD-Arzt Dr. D._____, gemäss seiner Stellungnahme vom 9. September 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für alle Tätigkeiten seit 14. April 2014 für nachvollziehbar. Weiter hielt er fest, dass unter entsprechender Therapie eine Verbesserung zu erwarten sei, weshalb ab Januar 2015 Verlaufsberichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt werden sollten (act. 97). Im Verlaufsbericht vom 19. Dezember 2014 hielt Dr. G._____ fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weitestgehend unverändert sei bei weiterhin ungünstiger Prognose (act. 103). Unter Berücksichtigung dieses Verlaufsberichts kam RAD-Arzt Dr. D._____ am 31. März 2015 zum Schluss, dass ein trotz Behandlung unveränderter Gesundheitszustand nachgewiesen sei (act. 108).

5.4 Zusammengefasst ging die IV-Stelle C._____ bzw. die Vorinstanz gestützt auf die Berichte der M._____-Klinik vom 15. Juni, 15. Juli und 5. August 2014, dem Verlaufsbericht von Dr. G._____ vom 19. Dezember 2014 sowie der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D._____ vom 31. März 2015 von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab dem 14. April 2014 und entsprechend von einer aus psychiatrischer Sicht 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus, was am 28. Oktober 2015 bei einem IV-Grad von 100 % zur Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Juli 2014 führte (act. 119, S. 22; für den Zeitraum vom 1. September 2012 bis 30. Juni 2014 sprach die Vorinstanz mit Verfügung vom gleichen Tag gestützt auf das Gutachten

der E. _____ vom 6. November 2013 eine Viertelsrente zu [vgl. Sachverhalt C.e oben; act. 64.1, S. 31; act. 119).

5.5 Bei der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2018 stützte sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf das polydisziplinäre H. _____-Gutachten vom 27. Februar 2017. Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte gemäss seinem Teilgutachten vom 12. Januar 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, und attestierte dem Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht eine 60 %ige Arbeitsfähigkeit seit etwa Januar 2015. Auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gegenüber dem Zeitpunkt vom 28. Oktober 2015 verändert hätten, hielt Dr. N. _____ fest, dass seit etwa Januar 2015 eine unveränderte psychische Verfassung mit mittelgradiger depressiver Episode anzunehmen sei und im Bericht von Dr. G. _____ vom 13. Mai 2015 beschrieben worden sei, dass in letzter Zeit ein leichter Rückgang des zuvor präsentierten depressiven Zustandsbildes eingetreten sei, nachdem 2014 offensichtlich eine schwere depressive Episode mit stationärer Behandlung in der M. _____-Klinik vom 14. April bis 27. Juni 2014 bestanden habe (act. 143.3, S. 31 f.). In retrospektiver Hinsicht führte er aus, dass im Längsverlauf über Jahre eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden und teilweise schweren depressiven Episoden zu erheben sei. Die von Dr. L. _____ im Gutachten vom 12. August 2013 gestellte Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig teilweise remittiert, entsprechend einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom, sei als eine zum damaligen Zeitpunkt vorübergehende Besserung des psychischen Zustandsbildes bei rezidivierender depressiver Störung zu betrachten (act. 143.3, S. 28). Zum Begutachtungszeitpunkt (11. Januar 2017) fänden sich weiterhin Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode, gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung mit Affektstörungen, deutlich vermindertem affektivem Mitschwingen mit kurzer Stimmungsaufhellung bei Ablenkung und deutlicher Antriebsverminderung. Der Beschwerdeführer wirke im Denken negativistisch auf seine soziale Situation bezüglich seines Sohnes und die finanzielle Problematik mit dem Haus eingeengt. Bezüglich Suizidgedanken wolle der Beschwerdeführer keine Angaben machen, jedoch würden öfters Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit angegeben und es sei eine latente Suizidalität anzunehmen. Die Motivation und Interessen erschienen deutlich vermindert. Hinzu

kämen Schlafstörungen mit Einschlaf- sowie Durchschlafstörungen. Es bestehe ein unregelmässiger Schlaf, wobei zum Untersuchungszeitpunkt erhöhte Müdigkeit erkennbar sei (act. 143.3, S. 20, 23 f.). Bezüglich der Funktionseinschränkungen und Ressourcen hielt Dr. N._____ fest, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit erheblich beeinträchtigt seien. Trotz der psychischen Störung liessen sich noch wenige Ressourcen erheben, was sich z. B. am gelegentlichen Einkaufengehen, der Zubereitung von Fertiggerichten, der relativ guten Kommunikationsfähigkeit sowie der guten Kontaktfähigkeit zeige (act. 143.3, S. 27 Ziff. 7.3). Ein Überwiegen von psychosozialen Belastungsfaktoren sei beim Beschwerdeführer nicht anzunehmen (act. 143.3, S. 31).

5.5.1 Aus den Ausführungen von Dr. N._____ ergibt sich, dass er im Längsverlauf betrachtet, d. h. vom Krankheitsbeginn im September 2011 bis zur Begutachtung, von einem im Wesentlichen unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausging. Demnach habe über die Jahre eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden und teilweise schweren depressiven Episoden bestanden. Für den Zeitraum ab ca. Januar 2015 ging er insofern von einer Verbesserung des psychischen Beschwerdebilds aus, als dass die gemäss Bericht der M._____ -Klinik im Juni 2014 diagnostizierte schwere depressive Episode nur vorübergehend angehalten habe und die depressive Störung im weiteren Verlauf wieder überwiegend mittelgradig ausgeprägt gewesen sei (vgl. act. 143.3, S. 22). Bei dieser Einschätzung stützte er sich auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. G._____ vom 13. Mai 2015, worin dieser festgehalten hatte, dass sich beim Beschwerdeführer – nachdem im Rahmen des Aufenthalts in der M._____ -Klinik keine ausreichende Stabilisierung habe erreicht werden können – erst in letzter Zeit ein leichter Rückgang des zuvor präsentierten depressiven Zustandsbildes mit Antriebsminderung, Schwierigkeiten in der Tagesstrukturierung, Schwierigkeiten in der Schlafgestaltung, Freudlosigkeit und Interessensverlust gezeigt habe (act. 128, S. 1). Da gemäss Dr. N._____ auch im Zeitpunkt der Begutachtung eine mittelgradige depressive Störung vorlag, kam er zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer seit etwa Januar 2015 eine unveränderte psychische Verfassung mit mittelgradiger depressiver Episode anzunehmen sei. Daraus leitete er eine entsprechend seit etwa Januar 2015 bestehende 60 %ige Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit ab. Der Zeitraum davor könne retrospektiv nicht eindeutig eingeschätzt werden (act. 143.3, S. 29).

5.5.2 Die im Rahmen von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsrechtlich entscheidende Frage, ob *nachträglich*, d. h. vorliegend *nach* Erlass der Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015, eine rechtserhebliche Sachverhaltsänderung eingetreten ist (vgl. UELI KIESER, Art. 17, Rz. 4) beantwortete Dr. N._____ nicht direkt, jedoch ist aus seiner Äusserung, wonach beim Beschwerdeführer bereits seit ca. Januar 2015 ein unveränderter psychischer Gesundheitszustand vorliege, zu schliessen, dass er nicht von einer solchen ausging. Entsprechend hielt auch RAD-Arzt Dr. D._____ am 28. März 2017 in Würdigung des Gutachtens fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 28. Oktober 2015 nicht wesentlich verändert habe (act. 145, S. 4). Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG kann unter dieser Betrachtungsweise von vornherein nicht angenommen werden.

5.5.3 Die IV-Stelle C._____ bzw. Vorinstanz kam demgegenüber – in Abweichung zur Beurteilung des RAD-Arztes – zum Schluss, es sei gestützt auf das H._____ -Gutachten bzw. auf das psychiatrische Teilgutachten eine rechtserhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erstellt. Die Verbesserung seit der Rentenverfügung sahen sie darin, dass im Zeitpunkt der Begutachtung eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert und eine 60 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, während im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, und einer sich daraus ergebenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden war. Die Feststellung von Dr. N._____, wonach bereits seit ca. Januar 2015 eine mittelgradige depressive Störung bestehe, liessen sie dabei ohne weitere Begründung ausser Acht und beschränkten sich auf einen isolierten Vergleich des mutmasslich leicht besseren depressiven Zustandsbildes des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Rentenverfügung mit jenem im Zeitpunkt der im Rahmen des Revisionsverfahrens durchgeführten Begutachtung.

5.5.4 Doch selbst unter dieser isolierten Betrachtungsweise liesse sich aus dem H._____ -(Teil-)Gutachten keine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ableiten. Zur Annahme der IV-Stelle C._____ bzw. Vorinstanz ist zunächst festzuhalten, dass weder aus einer weggefallenen bzw. nominell im Schweregrad reduzierten Diagnose

noch aus einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit per se auf eine für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachenänderung geschlossen werden kann (Urteile des BGer 9C_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2; 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.1). Massgebend sind in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Danach beurteilt sich auch, ob sich der Gesundheitszustand in revisionsrechtlich erheblicher Weise geändert hat (vgl. Urteil des BGer 9C_388/2016 vom 2. November 2016 E. 4.2.2). Wird von den effektiv erhobenen Befunden ausgegangen, sind zu den beiden Vergleichszeitpunkten kaum Unterschiede im medizinischen Substrat auszumachen. Sowohl in den Berichten der M._____-Klinik vom 15. Juni und 15. Juli 2014 als auch im Teilgutachten von Dr. N.______ vom 12. Januar 2017 wurden beim Beschwerdeführer als gemäss der ICD-10-Klassifikation der WHO typische Symptome depressiver Episoden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, [Hrsg], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.) eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, eine *deutliche* Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit genannt. Zudem wurden sowohl in den Berichten der M._____-Klinik vom 15. Juni und 15. Juli 2014 als auch im Teilgutachten von Dr. N.______ als weitere depressionsrelevante Symptome ein negativistisches Denken des Beschwerdeführers betreffend seine soziale und finanzielle Situation, eine latente Suizidalität sowie erhebliche Schlafstörungen erhoben. Während die Ärzte der M._____-Klinik zusätzlich ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit angegeben hatten, erwähnte Dr. N.______ diese Befunde nicht explizit. Ferner konnte Dr. N.______ im Unterschied zu den Ärzten der M._____-Klinik keine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit feststellen (vgl. act. 143.3, S. 20). Aus diesen geringfügigen Unterschieden betreffend einzelne Symptome lässt sich jedoch keine überwiegend wahrscheinliche, wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands, wie sie ihm Rahmen von Art. 17 Abs. 1 ATSG gefordert wird, ableiten. Dies gilt umso mehr, als bei psychiatrischen Beurteilungen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich sind, die – sofern lege artis vorgegangen worden ist, wovon vorliegend mangels anderer Hinweise auszugehen ist – zulässig und zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C_71/2015 vom 29. September 2015 E. 8.2; vgl. auch Urteil des ehemaligen EVG I 409/06 vom 8. Mai 2007 E. 4.1.3 bezüglich der in der Praxis auftretenden Schwierigkeiten hinsichtlich der Anwendbarkeit des Kriterienkatalogs der ICD-10 bei depressiven Leiden, weshalb die Diagnosen massgeblich auf dem klinischen Gesamteindruck des jeweiligen Arztes beruhen). Ein Vergleich des

massgeblichen klinischen Gesamteindrucks (vgl. Urteil I 409/06 E. 4.1.3) bestätigt denn auch das im Wesentlichen unveränderte psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers. So ging Dr. N._____ – unter Ausschluss von Diskrepanzen, Aggravation oder einem Überwiegen psychosozialer Belastungsfaktoren (vgl. act. 143.3, S. 27, 31) – davon aus, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Störung die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit erheblich beeinträchtigt seien. Es bestünden nur wenige Ressourcen; der Beschwerdeführer zeige nur wenige Aktivitäten im Tagesablauf, halte sich meist in der Wohnung auf, rauche, sehe fern oder beschäftige sich mit dem Computer. Er zeige wenig Motivation und Interessen und habe nahezu keine sozialen Kontakte. Den Haushalt besorge er nicht selbst. Er werde von einer Sozialstation unterstützt und erhalte ein Mal pro Woche Pflegedienst. Zudem sei ein Rechtspfleger zur Unterstützung bei der Regelung seiner Angelegenheiten bestellt (act. 143.3, S. 27). Das im Wesentlichen gleiche psychische Zustandsbild mit erheblichen Beeinträchtigungen aufgrund der depressiven Störung und kaum vorhandenen Ressourcen war auch von den Ärzten der M._____ -Klinik sowie von Dr. G._____ beschrieben worden. Im Bericht der M._____ -Klinik vom 15. Juli 2014 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer beim Eintritt akut psychophysisch dekompenziert und aufgrund nur gering ausgeprägter Bewältigungskompetenzen nicht in der Lage gewesen sei, die Alltagsherausforderungen zu bewältigen. Aus dem Bericht ergibt sich weiter, dass der Beschwerdeführer sich trotz der engmaschigen Therapie ausser Stande gesehen habe, eine angemessene Alltagsstruktur sowie genügend Antrieb für Alltagsherausforderungen und Aktivitätenplanung zu entwickeln (act. 94, S. 12). Auch im Austrittsbericht vom 5. August 2014 zuhanden der IV-Stelle C._____ hielten die Ärzte der M._____ -Klinik fest, dass der Beschwerdeführer nur rudimentäre Ressourcen habe und eine ausgeprägte soziale Isolation vorliege (act. 94, S. 2). Entsprechendes ergibt sich auch aus den nachfolgenden Berichten von Dr. G._____ (act. 128, S. 1-3). Nach dem Gesagten ist zum Begutachtungszeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 28. Oktober 2015 von einer im Wesentlichen unveränderten psychischen Befundlage und einem – im Sinne des klinischen Gesamteindrucks – unveränderten psychischen Zustandsbild des Beschwerdeführers auszugehen. Folglich handelt es sich bei den voneinander abweichenden diagnostischen Einordnungen des Schweregrads der rezidivierenden depressiven Störung durch die Fachärzte der M._____ -Klinik auf der einen und durch den Gutachter Dr. N._____ auf der anderen Seite sowie den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen um eine jeweils andere

(zulässige) Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts, was revisionsrechtlich unbeachtlich ist. Es kann in diesem Zusammenhang betreffend abweichende Einschätzungen eines depressiven Zustandsbildes durch verschiedene Fachärzte vorliegend auch angemerkt werden, dass bereits der psychiatrische Experte im Rahmen der Begutachtung durch die E._____ im Jahr 2013 darauf hingewiesen hat, dass es sich bei seiner Einschätzung durchaus um eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhalts handeln könnte, welchen die Ärzte der K._____ -Klinik und Dr. G._____ anders beurteilt haben (vgl. oben E. 5.3.1 f.).

5.5.5 Zudem vermag das psychiatrische Teilgutachten vom 12. Januar 2017 auch im Hinblick auf die beweisrechtlichen Anforderungen an ein Revisionsgutachten nicht zu überzeugen. So fehlt es an einer konkreten Beschreibung der Befunde, aus denen die Verbesserung des Beschwerdebildes in Form eines Rückgangs von einer schwergradigen hin zu einer mittelgradigen Episode abgeleitet wurde, sowie an einer plausiblen Erklärung, weshalb diese Veränderung im Januar 2015 eingetreten sein sollte, zumal keine echtzeitlichen Arztberichte aktenkundig sind, die den psychischen Zustand des Beschwerdeführers zu diesem Zeitpunkt beschreiben. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. N._____ begründete die von der M._____ -Klinik und Dr. G._____ (Bericht vom 19. Dezember 2014, act. 103) abweichende diagnostische Einordnung des Schweregrads der rezidivierenden depressiven Störung somit nicht mit einer Veränderung des psychopathologischen Befunds oder des Schweregrads der Symptomatik, sondern nimmt – wie bereits erwähnt – eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts vor. Dies ergibt sich auch daraus, dass Dr. N._____ in retrospektiver Hinsicht davon ausging, dass beim Beschwerdeführer seit Krankheitsbeginn im September 2011 eine überwiegend mittelgradig ausgeprägte depressive Störung vorgelegen habe, während Dr. G._____ gemäss seinen Berichten für den gleichen Zeitraum eine überwiegend schwergradig ausgeprägte depressive Störung angenommen hatte (vgl. act. 49, 52, 103, 128).

5.5.6 Eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers lässt sich auch nicht aus den übrigen Akten und insbesondere nicht aus dem Bericht von Dr. G._____ vom 13. Mai 2015 ableiten. Diesen Bericht verfasste Dr. G._____ zuhanden des Landratsamtes O._____, welches ihn – wie sich aus dem Inhalt des Schreibens ergibt – um Auskunft darüber ersucht hatte, ob der Beschwerdeführer fähig sei, sich adäquat um seinen (nicht mehr bei ihm wohnhaften)

Sohn zu kümmern. Ohne Verwendung der klassifikatorischen Diagnosebegriffe hielt Dr. G._____ fest, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 5. September 2011 im Rahmen einer "ausgeprägten" depressiven Episode bei ihm in Behandlung befinde. Es sei ein Aufenthalt in der M._____ -Klinik vom 14. April bis 27. Juni 2014 erfolgt, wobei keine ausreichende Stabilisierung habe erreicht werden können. Erst in letzter Zeit habe sich ein "leichter Rückgang" des zuvor präsentierten depressiven Zustandsbildes mit Antriebsminderung, Schwierigkeiten in der Tagesstrukturierung, Schwierigkeiten in der Schlafgestaltung, Freudlosigkeit und Interessensverlust gezeigt (act. 128, S. 1). Wie bereits erwähnt stützte sich Dr. N._____ in seinem Gutachten bei der Aussage, es habe beim Beschwerdeführer seit ca. Januar 2015 eine mittelgradige Episode vorgelegen, auf diesen Bericht von Dr. G._____ vom 13. Mai 2015. Demnach interpretierte er die Aussage von Dr. G._____, es habe sich ein "leichter Rückgang" des zuvor präsentierten depressiven Zustandsbildes gezeigt, dahingehend, dass sich die Ausprägung des Schweregrads der depressiven Episode von schwergradig zu mittelgradig zurückentwickelt hatte. Derartiges lässt sich dem Bericht jedoch nicht entnehmen. Dr. G._____ gab nicht an, dass der festgestellte "leichte Rückgang" des depressiven Zustandsbildes Auswirkungen auf die Diagnosestellung habe, und dass statt von einer schwergradigen nur noch von einer mittelgradigen Episode auszugehen sei. Eine Verbesserung bzw. ein Rückgang des depressiven Beschwerdebildes muss nicht zwingend mit einer Änderung der Diagnose einhergehen. Auch im Bericht der Klinik M._____ vom 5. August 2015 war von einer im Rahmen der stationären Behandlung erzielten "rudimentären Stabilisierung" der depressiven Episode die Rede, ohne dass sich jedoch dadurch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, beim Austritt geändert hätte. Zudem qualifizierten die Ärzte der M._____ -Klinik die schwere depressive Episode als therapieresistent und stellen – u.a. auch vor dem Hintergrund der somatischen Erkrankungen – eine ungünstige Prognose (act. 94, S. 2). Die Therapieresistenz bestätigte sich in den Folgeberichten von Dr. G._____ vom 10. Juli, 20. Oktober und 19. Dezember 2014 (act. 128, S. 2 und 3; act. 103), wonach trotz regelmässiger ambulanter Behandlung keine nachhaltige Verbesserung der schweren depressiven Episode erzielt werden konnte. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nachvollziehbar, dass mit dem von Dr. G._____ am 13. Mai 2015 berichteten "leichten Rückgang" der depressiven Symptomatik eine derart wesentliche und nachhaltige Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten sein soll, dass ab diesem Zeitpunkt – bzw. gemäss Dr. N._____ ab ca. Januar 2015 – anhaltend nur noch eine mittelgradige depressive Episode vorlag. Dass es

sich bei dem von Dr. G._____ berichteten "leichten Rückgang" denn auch lediglich um eine Momentaufnahme handelte, ergibt sich aus dessen jüngsten Berichten. So gab er im Bericht vom 6. September 2017 als Diagnose erneut eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig anhaltend schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) an und hielt fest, dass sich insgesamt die Angaben des Beschwerdeführers in den vergangenen Jahren glichen und er keine Besserung feststellen könne (act. 151, S. 4). In seiner Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters vom 28. September 2017 hielt er zudem fest, dass sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers zwischen Mai 2015 und April 2016 eher wieder verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer habe eine Zunahme der depressiven Symptomatik mit Stimmungstief, Antriebsminderung und vermehrten Schlafstörungen beklagt (act. 153, S. 2).

5.5.7 Zusammengefasst lässt sich eine revisionsrechtlich beachtliche, wesentliche und anhaltende Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 28. Oktober 2015 (Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung) weder aus dem H._____ -Gutachten bzw. dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. N._____ noch aus den übrigen medizinischen Akten, insbesondere dem Bericht von Dr. G._____ vom 13. Mai 2015, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ableiten. An diesem Ergebnis ändert die Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 nichts, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Denn liegt keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, wie dies revisionsrechtlich für eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorausgesetzt ist (BGE 141 V 9 E. 2.3), spielt es keine Rolle, ob allenfalls ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde. Die Rechtsprechungsänderung allein stellt keinen Revisionsgrund dar (Urteil des BGer 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5. 3 mit Hinweis).

5.6 Auch in somatischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten keine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2018 im Vergleich zu jenem im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Rentenverfügung vom 28. Oktober 2015, welche auf einer umfassenden Abklärung beruhte.

5.6.1 Die Verfügung vom 28. Oktober 2015 stützte sich aus somatischer Sicht im Wesentlichen auf das Gutachten der E._____ vom 6. November 2013, worin als arbeitsfähigkeitseinschränkende somatische Diagnosen

eine morbide Adipositas (184 cm/164 kg, BMI 48.4) sowie ein Overlap-Syndrom (COPD, Adipositas-Hypoventilationssyndrom, OSAS) genannt wurden (act. 64.1, S. 29 f.). Zur Beurteilung hielten die Gutachter aus somatischer Sicht fest, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schweisser nicht mehr arbeitsfähig sei, da dieser keine Schwerarbeit mehr leisten könne und zudem wegen seines Atemleidens auch nicht mehr als Schweisser arbeiten dürfe. In leidensadaptierten Tätigkeiten attestierten sie dem Beschwerdeführer eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit (act. 64.1, S. 30), wobei sich die 20 %ige Leistungseinbusse gemäss Ausführungen des rheumatologischen Gutachters durch die Adipositas bedingte körperliche Behinderung des Beschwerdeführers begründe. Der Beschwerdeführer sei körperlich vermindert belastbar und seine ganzen Bewegungsabläufe seien verlangsamt (act. 64.2, S. 17).

5.6.2 Im polydisziplinären H._____ -Gutachten vom 27. Februar 2017, welches der rentenherabsetzenden Verfügung vom 4. Januar 2018 auch in somatischer Sicht zugrunde lag, wurden aus somatischer Sicht die gleichen Diagnosen wie im Gutachten vom 6. November 2013 genannt, namentliche ein Overlap-Syndrom und eine Adipositas per magna (act. 143.2, S. 41). Auch befundmässig ist dem Gutachten keine Änderung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu entnehmen. So blieb insbesondere die Ausprägung der Adipositas, welche laut Vorgutachten zu einer Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 20 % führte, mit einem BMI von 49 unverändert (act. 143.2, S. 41). Auf die im Rahmen von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsrechtlich entscheidende Frage der IV-Stelle C._____, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit gegenüber dem Zeitpunkt vom 28. Oktober 2015 verändert habe, wurde im Gutachten in somatischer Hinsicht lediglich festgehalten, dass keine ausführlichen orthopädischen respektive internistischen Dokumentationen vom 28. Oktober 2015 vorlägen, so dass kein Vergleich möglich sei (act. 143.2, S. 48). Nebst den unveränderten somatischen Diagnosen und Befunden spricht auch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter aus somatischer Sicht gegen eine Veränderung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands, denn es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in leidensadaptierten Tätigkeiten "seit jeher" zu 100 % arbeitsfähig sei (act. 143.2, S. 47). Vor diesem Hintergrund ist die von den H._____ -Gutachtern im Vergleich zum Vorgutachten in rein somatischer Hinsicht postulierte höhere Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten von 100 % als eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Sachverhalts zu sehen, was im revisionsrechtlichen Kontext – wie bereits erwähnt – unbeachtlich ist.

5.7 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für eine revisionsweise Herabsetzung der Rente nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts wie hier nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es grundsätzlich, unter dem Blickwinkel von Art. 17 Abs. 1 ATSG, nach dem Prinzip der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. E. 5.2 hier vor).

6.

Stellt sich die Frage nach einer Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente, bildet die (geänderte) Rente als solche Streitgegenstand, nicht die rechtliche Begründung für die Anpassung der Leistung (BGE 136 V 326 E. 3.4.3 f.). Hat der Versicherungsträger die Rente mit einer unzutreffenden Begründung herabgesetzt oder aufgehoben, führt aber die richtige Begründung zum nämlichen Ergebnis, so ist deshalb die Verfügung zu bestätigen (vgl. Art. 62 Abs. 4 VwVG). Eine Invalidenrente kann abgesehen von Art. 17 Abs. 1 ATSG (Anpassung an geänderte tatsächliche Verhältnisse) auch gestützt auf Art. 53 Abs. 1 ATSG (prozessuale Revision) oder Art. 53 Abs. 2 ATSG (Wiedererwägung) herabgesetzt oder aufgehoben werden (Urteile des BGer 9C_409/2013 vom 20. September 2013 E. 2.2.2; 9C_896/2011 vom 31. Januar 2012 E. 4.1). Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision oder für eine Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung gegeben sind und die mit der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2018 erfolgte Herabsetzung der Rente unter einem dieser Rückkommenstitel zu bestätigen ist.

7.

7.1 Nach Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Neu sind Tatsachen, die sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheides verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen erheblich sein, d. h. sie müssen geeignet sein, die tatbestandliche Grundlage des zur Revision bean-

tragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer andern Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber unbewiesen geblieben sind (vgl. Urteil des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 7.1 m. H.).

Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessual-revisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-) diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (Urteil BGer 8C_170/2017 E. 7.2).

Neue medizinische Expertisen, die im Verfahren, das zur früheren Verfügung geführt hat, keine gravierende und unvertretbare Fehldiagnose feststellen, erfüllen das Kriterium der Erheblichkeit nicht. Aufgrund der Symptome lassen sich Krankheiten oft nicht klar voneinander abgrenzen. Es wäre nicht sinnvoll, wenn jede im Nachhinein korrigierte Diagnose eine Revision begründen könnte, zumal der erhobene Krankheitsbefund nicht grundlegend für das Mass der Arbeits(un)fähigkeit und damit die Beurteilung des Invaliditätsgrades ist (Urteil BGer 8C_170/2017 E. 7.2).

7.2 Der Bericht von Dr. G. _____ vom 13. Mai 2015 gelangte erst nach Erlass der Verfügung vom 28. Oktober 2015 zu den Akten. Gemäss der dargelegten Rechtsprechung kann die Nichtberücksichtigung des Berichts bzw. dessen Inhalts jedoch keine revisionserhebliche neue Tatsache im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG darstellen. Im Bericht wird lediglich ein leichter Rückgang der depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers festgehalten, jedoch ohne dass Auswirkungen auf die Diagnose oder die Arbeitsfähigkeit erwähnt würden. Eine zwingende andere Ermessensausübung aufgrund dieses Berichts im Vorfeld des Erlasses der rentenzusprechenden Verfügung vom 28. Oktober 2015 lässt sich damit nicht begrün-

den. Es fehlt dem Bericht an der erforderlichen Erheblichkeit. Eine Anpassung der ursprünglichen Rentenverfügung gestützt auf Art. 53 Abs. 1 ATSG fällt demnach ausser Betracht.

8.

8.1 Der Versicherungsträger kann gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Vorausgesetzt ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. Als in diesem Sinne qualifiziert unrichtig erweist sich eine Verfügung insbesondere, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind. Soweit indessen ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung (bzw. -aufhebung) in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_125/2015 vom 26. Juni 2015 E. 9.1 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 1.1 mit weiteren Hinweisen). Ein Wiedererwägungsgrund liegt nur vor, wenn gestützt auf eine rechtlich korrekte Invaliditätsbemessung ohne Zweifel eine tiefere (oder keine) Rente zugesprochen worden wäre (in BGE 135 I 1 nicht publizierte E. 5.3 des Urteils 9C_342/2008 vom 20. November 2008; Urteil des BGer 8C_114/2015 vom 6. Juni 2015 E. 4.2.1; Urteil des BVGer C-1368/2014 vom 17. August 2015 E. 4).

8.2 Wie bereits ausgeführt, basierte die rentenzusprechende Verfügung vom 28. Oktober 2015 in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der E._____ vom 6. November 2013, den Berichten der M._____-Klinik vom 15. Juni, 15. Juli und 5. August 2014, dem Verlaufsbericht von Dr. G._____ vom 19. Dezember 2014 sowie der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D._____ vom 31. März 2015. Gestützt auf die erwähnten Berichte ging die IV-Stelle C._____ bzw. die Vorinstanz beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit April 2014 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, und einer sich daraus ergebenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit sowie aus somatischer Sicht von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten aus. Massgeblich für die Zusprache einer ganzen Rente ab Juli 2014 war der psychiatrische Gesundheitszustand.

Durch die retrospektive Beurteilung im H._____-Gutachten, wonach beim Beschwerdeführer seit ca. Januar 2015 in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode und eine 60 %ige Arbeitsfähigkeit sowie in somatischer Hinsicht "seit jeher" eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten vorgelegen habe, stellt sich die Frage, ob die rentenzusprechende(n) Verfügung(en) vom 28. Oktober 2015 von Anfang an zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG war(en). Die Frage ist zu verneinen: Es lag ein – zumindest nach damaligem Recht – den rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen an ein Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) genügendes polydisziplinäres Gutachten der E._____ vor, auf das die IV-Stelle C._____ bzw. die Vorinstanz abstellen durfte. In psychiatrischer Hinsicht berücksichtigte die IV-Stelle C._____ auch die nach der Begutachtung durch die E._____ eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, die eine stationäre psychiatrische Behandlung in der M._____-Klinik erforderlich machte (vgl. E. 5.3.3 hiavor). Nach Einholung eines Verlaufsberichts bei Dr. G._____, welcher am 19. Dezember 2014 einen unveränderten Gesundheitszustand postulierte, und der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D._____, der am 31. März 2015 einen trotz Behandlung unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als nachgewiesen erachtete, ging die IV-Stelle C._____ bzw. die Vorinstanz in nachvollziehbarer Weise von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers infolge der bestehenden schweren depressiven Episode aus. Da sowohl die psychiatrischen Fachärzte der M._____-Klinik als auch Dr. G._____ eine ungünstige Prognose stellten und damit keine Verbesserung zu erwarten war, bestand keine Veranlassung für weitere Abklärungen vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung am 28. Oktober 2015. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bzw. der der IV-Stelle C._____ bzw. der Vorinstanz obliegenden Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) liegt daher nicht vor und die Zusprache einer ganzen Rente ausgehend von einer aus psychiatrischer Sicht bestehenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit erweist sich jedenfalls nicht als unvertretbar und damit nicht als zweifellos unrichtig. Die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenverfügung gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG sind folglich nicht gegeben.

9.

Im Ergebnis steht fest, dass die Vorinstanz die seit 1. Juli 2014 ausgerichtete ganze Rente des Beschwerdeführers zu Unrecht auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Die Herabsetzung der Rente lässt sich weder auf Art. 17 Abs. 1 ATSG noch auf Art. 53 Abs. 1 oder Art. 53 Abs. 2 ATSG stützen.

Folglich ist die angefochtene rentenherabsetzende Verfügung vom 4. Januar 2018 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat damit auch nach dem 1. Februar 2018 (Zeitpunkt der Herabsetzung) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

10.

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. Weil der Beschwerdeführer obsiegt, sind ihm keine Kosten aufzuerlegen. Ihm ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. 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.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2018 wird aufgehoben.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

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

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahlungsadresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- die Pensionskasse J. _____ (Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Nadja Francke

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: