

# **BVGer C-540/2018 vom 10. April 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-04-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-540\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-540_2018)

FR: TAF C-540/2018 du 10 avril 2019

IT: TAF C-540/2018 del 10 aprile 2019

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 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).

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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.

#### **E. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache 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).

#### **E. 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.

#### **E. 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.).

#### **E. 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 praxismässig 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.).

### **E. 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).

### **E. 5.2.2**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchsrelevante 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).

### **E. 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:

#### **E. 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).

#### **E. 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

stunden 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).

### **E. 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 Fähigkeit 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.).

#### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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 eingengt. 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).

#### **E. 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 Beschwerdebildes 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).

### **E. 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.

### **E. 5.5.3**

Die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ bzw. Vorinstanz kam demgegenüber - in Abweichung zur Beurteilung des RAD-Arzt - 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.

### **E. 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.).

#### **E. 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 Beschwerdebilds 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).

#### **E. 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 Zustandsbilds 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).

#### **E. 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 Neuurteilung 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 BGE 8C\_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5. 3 mit Hinweis).

## **E. 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.

### **E. 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 morbid 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).

### **E. 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, namentlich 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.

#### **E. 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 hiervor).

#### **E. 6**

Stellt sich die Frage nach einer Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente, bildet die (geänderte) Rente als solcher 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.

#### **E. 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 beantragten 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 prozessualrevisionsrechtlich 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).

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

## **E. 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 BVerfG C-1368/2014 vom 17. August 2015 E. 4).

## **E. 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 hiervor). 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.

## **E. 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.

#### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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).

#### **E. 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.

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