

SO_GERICHTE VSBES.2018.133 vom 13. April 2018

SO Obergericht, 2018-04-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.133

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.133 du 13 avril 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.133 del 13 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 29. April 2004 meldete sich A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1968, zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 2). Im Bericht seines Hausarztes, Dr. med. B.____, wurde in diesem Zusammenhang festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe ein lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom und eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom. Der Beschwerdeführer sei vom 2. Februar 2004 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____. Dieser kam in seinem Gutachtensbericht vom 2. Oktober 2004 (IV-Nr. 20.1) zum Schluss, dem Beschwerdeführer seien derzeit weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar. Gestützt darauf teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 23. Januar 2006 (IV-Nr. 31) mit, er habe folgende Rentenansprüche: Ab 1. Dezember 2003 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 62 %, ab 1. Januar 2004 Anspruch auf eine Dreiviertelrente bei einem gleichbleibenden Invaliditätsgrad von 62 % (Gesetzesänderung, 4. IV-Revision) und ab 1. Mai 2004 Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %. Diese Renten wurden mit Mitteilung vom 3. Mai 2012 (IV-Nr. 51) bestätigt.

1.2 Am 13. Februar 2014 leitete die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Renten-Revision ein (IV-Nr. 56). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin bei den Dres. D.____ und E.____ ein psychiatrisches sowie ein rheumatologisches Gutachten. Dr. med. D.____ kam in seinem Gutachten vom 2. April 2015 (IV-Nr. 69.1) zum Schluss, im Vergleich zur Beurteilung gemäss Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____ sei eine wesentliche Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. E.____ hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 29. September 2016 (IV-Nr. 91) fest, es bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Sodann sistierte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. November 2017 (IV-Nr. 130) die Rente des Beschwerdeführers ab 1. September 2017 gestützt auf Art. 21 Abs. 5 ATSG, da sich dieser ab 11. August 2017 in Untersuchungshaft befand. Zudem forderte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 22. November 2017 (IV-Nr. 132) vom Beschwerdeführer die vom 1. September 2017 bis 30. November 2017 ausbezahlte Invalidenrente von CHF 5'385.00 zurück.

Des Weiteren veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. D.____ eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung. Der diesbezügliche Gutachtensbericht erging am 9. Januar 2018

(IV-Nr. 135).

Mit Verfügung vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 141) wurde die Rente per 1. Dezember 2017 wiedergewährt.

Schliesslich hielt die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 139) mit Verfügung vom 13. April 2018 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest, die Rente werde nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufgehoben.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 16. Mai 2018 (A.S. 5 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 13. April 2018 sei aufzuheben.

2. Dem Versicherten seien die bisherigen Leistungen nach IVG auszurichten.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2018 (A.S. 21 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Replik vom 16. August 2018 (A.S. 30 ff.) verweist der Beschwerdeführer auf seine bisherigen Rechtsbegehren.

5. Mit Duplik vom 6. September 2018 (A.S. 34 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin vernehmen.

6. Mit Eingabe vom 23. Oktober 2018 (A.S. 41 f.) stellt die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht den Vorbescheid vom 18. Oktober 2018 zu, worin die Beschwerdegegnerin nun ankündigt, die Rente rückwirkend per 1. Januar 2014 aufzuheben. Zudem stellt sie den Antrag, es seien die Akten der Strafuntersuchung einzuholen und zu würdigen.

7. Mit Verfügung vom 15. November 2018 (A.S. 50 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, nach vorläufiger, unpräjudizieller Prüfung durch den Instruktionsrichter dürfte der Vorbescheid vom 18. Oktober 2018 wegen des mit der Beschwerdeerhebung verbundenen Devolutiveffekts als solcher unwirksam sein und nur, aber immerhin einen Antrag an das Gericht darstellen, im Sinne des Vorbescheids zu entscheiden und die Rente, über die Verfügung vom 13. April 2018 hinausgehend, rückwirkend ab 1. Januar 2014 aufzuheben (vgl. Urteil des Bundesgerichts P 7/02 vom 12. März 2004 E. 3.2 [SVR 2005 EL Nr. 3 S. 9 f.]). Es würde sich dabei um eine reformatio in peius handeln, was ein Vorgehen gemäss Art. 61 lit. d ATSG voraussetze. Ein solches Vorgehen werde zurzeit nicht eingeleitet. Darüber werde nach Eingang der einzuholenden Akten der Strafuntersuchung und einer allfälligen Stellungnahme des Beschwerdeführers entschieden.

8. Mit Eingabe vom 14. Januar 2019 (A.S. 57) lässt sich der Beschwerdeführer vernehmen.

9. Mit Verfügung des Versicherungsgerichts vom 28. Januar 2018 (A.S. 60) wird die Beschwerdegegnerin im Sinne des rechtlichen Gehörs eingeladen, sich zur Frage des Streitgegenstandes im vorliegenden Beschwerdeverfahren und, damit zusammenhängend, zur Gültigkeit des Vorbescheids vom 18. Oktober 2018 zu äussern.

10. Mit Stellungnahme vom 5. März 2019 (A.S. 64 f.) führt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, aufgrund der getätigten Strafuntersuchungen sei belegt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit Januar 2014 verbessert habe, womit die Rente im Sinne von Art. 88bisAbs. 2 lit. b IVV mittels einer reformatio in peius bereits per 1. Januar 2014 aufzuheben sei. Der Vorbescheid vom 18. Oktober 2018 sei infolgedessen in der Wirkung unwirksam, inhaltlich sei er indessen bei der Beurteilung beizuziehen.

11. Mit Schreiben vom 13. März 2019 (A.S. 67 f.) hielt der Präsident des Versicherungsgericht fest, aufgrund einer vorläufigen Prüfung der Sach- und Rechtslage ziehe das Versicherungsgericht ■ unpräjudiziell und nach einer Vorabwürdigung der für eine Schlechterstellung sprechenden Fallumstände ■ in Erwägung, den angefochtenen Entscheid zu Ungunsten des Beschwerdeführers abzuändern oder allenfalls zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen, was ebenfalls eine Schlechterstellung nach sich ziehen könnte (vgl. BGE 137 V 314). So enthielten die beigezogenen Strafakten Hinweise, welche es als überwiegend wahrscheinlich erscheinen liessen, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Erlass der Verfügung vom 13. April 2018 während längerer Zeit ein Einkommen erzielte, welches einen Rentenanspruch ausschliessen dürfte. Der Beschwerdeführer erhalte daher Gelegenheit, zwecks Vermeidens einer Schlechterstellung (sog. reformatio in peius) die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung vom 13. April 2018 zurückzuziehen. In diesem Falle wäre das Verfahren abzuschreiben und der angefochtene Entscheid bliebe bestehen.

12. Mit Stellungnahme vom 10. Mai 2019 (A.S. 73) teilt der Beschwerdeführer mit, dass an der Beschwerde festgehalten werde. So umfasse die angefochtene Verfügung den Beschwerdegegenstand, wobei auch die abgehandelten Zeiträume umfasst würden. Eine Ausdehnung derselben sei somit im Beschwerdeverfahren nicht möglich. Zudem sei das Strafverfahren noch nicht abgeschlossen und in Beachtung der Unschuldsumutung könne nicht einfach auf die Vermutungen abgestellt werden, so wie das die Beschwerdegegnerin geltend mache.

13. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt.

E. 2

2.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solches auf eine Viertelsrente.

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung

gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt grundsätzlich frühestens vom ersten Tag der zweiten Zustellung der Verfügung des folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Sie erfolgt jedoch rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger die Leistungen zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV).

E. 2.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Valideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders

bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen). 2.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt grundsätzlich frühestens vom ersten Tag der zweiten Zustellung der Verfügung des folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Sie erfolgt jedoch rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger die Leistungen zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelwürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismittelwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei er direkt aus der Untersuchungshaft polizeilich zum Gutachter geführt worden. Es sei offensichtlich, dass in einer solchen Belastungssituation keine abschliessende, unverfängliche oder objektive Abklärung möglich sei. Zudem sei ein Gutachter unter dem Eindruck eines zugeführten

Untersuchungshäftlings nicht gleich unbeeinflusst, wie wenn ein unbelasteter Explorand zur Beurteilung erscheine. Der Beschwerdeführer sei maximal 15 Minuten bei Dr. med. D.____ gewesen. Aus dem Gutachten sei wortwörtlich zu entnehmen, dass sich der Versicherte nicht in der Lage sehe, offen Auskunft zu geben. Dies seien ungünstige Umstände für eine psychiatrische Untersuchung, da er direkt aus der Untersuchungshaft zum Gutachter gebracht worden sei. Trotz dieses klaren Hinweises habe der Gutachter an der Exploration festgehalten. Schlicht falsch sei, dass eine solche 45 Minuten gedauert haben solle. Entsprechend sei es absolut erstaunlich, dass Dr. med. D.____ derart ausführlich von Schilderungen des Beschwerdeführers berichte. Insbesondere mache er den Anschein, dass er diese Information auch vom Versicherten zu hören bekommen habe. Ausdrücklich gebe er jedoch auch an, dass er seine persönlichen Handnotizen hinzugezogen habe. Damit seien diese wesentliche Bestandteile des Gutachtens und müssten somit zweifelsohne grosse Relevanz haben. Es könne Dr. med. D.____ schlicht nicht möglich sein, eine abschliessende Beurteilung vornehmen zu können. Bereits anlässlich der ersten Begutachtung bei Dr. med. D.____ sei auf den Umstand hingewiesen worden, dass das Gespräch lediglich 30 Minuten gedauert habe. Dies nehme er nun im aktuellen Gutachten zum Anlass um auf seine Handnotizen zu verweisen. Offenbar bewahre Dr. med. D.____ seine Handnotizen über Jahre hinweg auf. Er sei gerichtlich aufzufordern, diese Handnotizen für das Gutachten aus dem Jahre 2015 und diejenigen vom aktuellen Gutachten offenzulegen. Damit werde bestätigt werden, dass der Beschwerdeführer wegen unzumutbarer Umstände keine Angaben machen können. Ansonsten sei Dr. med. D.____ unter Zeugnispflicht gerichtlich zu befragen. Sodann sei festzuhalten, dass Dr. med. E.____ auch in somatischer Hinsicht am Bewegungsapparat ein rezidivierendes, exazerbierendes und partiell chronifiziertes, posttraumatisch aufgetretenes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Rücken-/Gesässkontusion, wechselnd intensiver ischialgiformer Schmerzausstrahlung beidseits, konventionell-radiologisch und magnetomografisch wenig ausgesprägten degenerativen Diskopathien L4/5 und L5/S1 und einer subligamentären Diskusprotrusion L4/5, ohne Nachweis einer Kompression, habe feststellen müssen. Ebenfalls sei ein erhöhter Blutdruck festgestellt worden, welcher kontrollbedürftig und bei dokumentierter Persistenz therapiebedürftig sei. Entsprechend sei festzuhalten, dass entgegen den Aussagen von Dr. D.____ eine Indikatorenprüfung hätte stattfinden und abgefragt werden müssen. Auch in dieser Hinsicht sei somit das Gutachten D.____ nicht zum Beweis geeignet. Des Weiteren habe sich Dr. med. D.____ nicht mit den differierenden ärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt. Auf S. 25 seines Gutachtens zitiere er lediglich aus dem Arztbericht von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014. Dieser bescheinige eine Arbeitsunfähigkeit von 80 ■ 100 %. Dr. med. D.____ setze sich insbesondere nicht damit auseinander, weshalb die fachärztlichen Einschätzungen von Dr. med. F.____ nicht mit seiner Einschätzung übereinstimme. Schliesslich sei auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Dr. med. D.____ keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausweise. In Beantwortung von Frage 6.5 gebe er ausdrücklich an, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Mithin handle es sich um einen medizinischen Sachverhalt, den er allenfalls anders beurteile, bei gleichbleibendem Gesundheitszustand. Eine Revision nach Art. 17 ATSG sei somit nicht möglich. Zudem bleibe festzuhalten, dass die gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung festgelegten Verfahrensgarantien dem Versicherten nicht gewährt worden seien. Gemäss BGE 137 V 210 seien die Mitwirkungsrechte des Versicherten unabdingbar, da insbesondere die nicht sachgerechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur tatsächlichen Nachteil bewirke. So hätte man die versicherte Person gemäss BGE 138 V

318 dringend darauf hinweisen müssen, dass sie den vorgeschlagenen Gutachter ablehnen könne und allenfalls eigene Vorschläge im Rahmen eines Einigungsverfahrens vorbringen könnte. Ebenso hätte ihr zwingend die Möglichkeit eingeräumt werden müssen, zu den vorhandenen Fragen Stellung zu nehmen und nicht lediglich nur Ergänzungsfragen zu stellen. Dies habe umso mehr zu gelten, als die versicherte Person zum Zeitpunkt der Gutachtensanordnung nicht vertreten gewesen sei. Insofern leide das Gutachten von Dr. med. D. ___ auch in dieser Hinsicht an einem schwerwiegenden formellen Mangel und sei nicht zum Beweis geeignet. Der Versicherte habe zudem, entgegen den üblichen Gepflogenheiten der Beschwerdegegnerin, bis nach Vorlage des Vorbescheides keine Möglichkeit erhalten, Stellung zum Gutachten zu nehmen. Mit dem Vorgehen der IV-Stelle seien die Verfahrens- und Mitwirkungsrechte des Versicherten krass verletzt worden. Ebenso sein Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Vorinstanz begründe ihren Entscheid, damit, dass gegen den Versicherten eine Strafuntersuchung wegen verschiedener Delikte laufe. Wortwörtlich werde ausgeführt, dass die aufgezählten Straftatbestände dafür sprechen sollten, dass der Beschwerdeführer schon länger aktiver sei als bisher angegeben und dass er Einkommen generiert habe. Diese Unterstellungen seien in jeder Hinsicht inakzeptabel. So missachte die IV-Stelle die Unschuldsvermutung eklatant. Der Beschwerdeführer habe kein kriminelles Verhalten an den Tag gelegt und kein Einkommen generiert. Bereits dies widerspiegeln die Voreingenommenheit einer Behörde, wenn jemand mit einem Strafverfahren konfrontiert sei. Alternativ begründe die Vorinstanz ihren Entscheid noch damit, dass der Versicherte das Mahn- und Bedenkzeitverfahren bzw. seine Mitwirkungspflicht verletzt habe. Eine solche könne nur gefordert werden, wenn ihm die auferlegte Pflicht zuzumuten sei. Dies sei vorliegend gerade nicht der Fall. Der Beschwerdeführer habe vor der Exploration mitgeteilt, dass er emotional durch die Umstände derart belastet sei, dass ihm ein Gespräch aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei. Es sei für ihn deshalb schwer, sich offen zu zeigen. Er fühle sich dadurch in der Exploration zusätzlich psychologisch eingeengt. Man habe ihm aber keine andere Wahl gelassen und er müsse der IV gehorchen (Gutachten S. 7, 3.1). In Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung und des gesetzlich statuierten Untersuchungsgrundsatzes wäre die IV-Stelle gehalten gewesen, weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten, da der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht genügend abgeklärt worden sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich klar verbessert. Gemäss psychiatrischem Gutachten vom 2. April 2015 sowie dem Verlaufsgutachten vom 9. Januar 2018 sei seine Angst und depressive Störung remittiert. Zudem könne das rheumatologische Gutachten vom 29. September 2016 keine Einschränkungen nachweisen. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, einem Pensum 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungsminderung nachzugehen. Somit sei es ihm möglich und zumutbar seine angestammte Tätigkeit sowie jede andere angepasste Tätigkeit im Rahmen von 100 % ohne weitere Leistungseinschränkungen auszuüben. Die Vorwürfe bezüglich einer Verletzung von Verfahrens- und Mitwirkungsrechten gingen fehl. Bereits bei der ersten Begutachtungsanordnung im Jahre 2014 sei der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. August 2014 auf seine Rechte hingewiesen worden. Dr. med. D. ___ sei als Gutachter vorgeschlagen worden und der Beschwerdeführer habe Frist für Einwendungen gegen die Begutachtung erhalten, gegen die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person. Zudem habe er den Fragekatalog und den Hinweis erhalten, dass er Zusatzfragen stellen könne. Auch für die

geplante Begutachtung bei Dr. med. G. ___ sowie das Verlaufsgutachten bei Dr. med. D. ___ habe er das entsprechende Schreiben (Briefe vom 21. Dezember 2015 bzw. 9. Januar 2017) erhalten. Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2018 haben man den Beschwerdeführer über den geplanten Entscheid informiert und ihm das Akteneinsichtsrecht gewährt. Damit sei man dem Anspruch auf rechtliches Gehör vollumfänglich nachgekommen. Sodann sei die Dauer selbst für eine Begutachtung nicht massgebend, vielmehr zählten Vollständigkeit und Inhalt. Dr. med. D. ___ habe aufgrund seiner Untersuchungen und durch den Einbezug der Vorakten eine begründete und einleuchtende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geliefert. Im Gutachten vom 2. April 2015 nehme er ab Seite 24 und im Gutachten vom 9. Januar 2018 ab Seite 8 zu den bisher gestellten Diagnosen ausführlich Stellung und begründe in nachvollziehbarer Art und Weise deren Nichtvorliegen. In Ihrer Gesamtheit erfüllten diese Gutachten die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle, und würden vollen Beweiswert geniessen. Gemäss Beurteilung von Dr. med. D. ___ lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr vor. Da keine Gesundheitsbeeinträchtigung mehr vorliege, erübrige sich die Indikatorenprüfung. Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bleibe eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2 5. 285 ff.). Sodann habe die Begutachtung im alleinigen Beisein von Dr. med. D. ___ und ohne Anwesenheit eines Polizisten stattgefunden. Ein Grund, warum sich der Beschwerdeführer nicht hätte öffnen können, sei nicht ersichtlich. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 10. Oktober 2017 klar auf seine Mitwirkungspflicht und die Folgen einer ungenügenden Mitwirkung hingewiesen worden. Zum Glück habe Dr. med. D. ___ trotz der eher ungenügenden Mitwirkung des Beschwerdeführers dennoch eine medizinische Beurteilung abliefern können. An dieser bestehe kein Zweifel, insbesondere da diese mit jener aus der ersten Begutachtung übereinstimme (Gutachten vom 2. April 2015). Es liege keine Veränderung der gesundheitlichen Situation vor. Aktuell laufe ein Strafverfahren wegen Erpressung, gewerbsmässiger Erpressung, Nötigung, Geldwäscherei, Übertretung des BG betreffend die Lotterien und gewerbsmässiger Wetten und Verbrechen gegen das Spielbankengesetz. Diese Straftatbestände würden dafür sprechen, dass der Beschwerdeführer schon länger aktiver sei als bisher angegeben und dass er Einkommen generiert habe. Sollten sich diese Straftatbestände bestätigen, behalten man sich hiermit ausdrücklich das Recht vor, die bisherige Rente gestützt auf Art. 88bisAbs. 2 lit. b IVV rückwirkend aufzuheben, unabhängig vom vorliegenden Revisionsentscheid. Alsdann gelte es zu berücksichtigen, dass die für die revisionsweise Aufhebung der Rente notwendige gesundheitliche Verbesserung in psychiatrischer Hinsicht bereits im Zeitpunkt des ersten Gutachtens, also im April 2015 erstellt gewesen sei und demnach bereits früher eine Rentenaufhebung rechtens gewesen wäre. Da viele Verzögerungen stattgefunden hätten, habe der regionale ärztliche Dienst (RAD) ein psychiatrisches Verlaufsgutachten als angebracht erachtet. Mit einem Blick in das Dossier der Invalidenversicherung sei ersichtlich, dass dazu keine medizinischen Anhaltspunkte ausschlaggebend gewesen seien, sondern vielmehr der Faktor Zeit. Somit könne bereits aufgrund des fraglichen Bedarfes die Beweiskraft des Gutachtens vom 9. Januar 2018 offen gelassen werden, da bereits das Gutachten vom 2. April 2015 eine klare Verbesserung aufzeige und der Sachverhalt genügend erstellt gewesen sei. Was die Herausgabe von Handnotizen anbelange, so sei auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen eines Gutachters bestehe. Handnotizen, welche ein Gutachter selbst anlässlich einer von ihm

durchgeführten Exploration erstellt habe, hätten die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung eines Gutachtens. Dies heisse aber auch, dass sie ihren Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllt hätten. Derartige Arbeitsunterlagen gehe der Beweischarakter ab und ein Anspruch auf Einsicht in dieselben sei zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5). Eine andere Vorgehensweise sei im vorliegenden Fall nicht angezeigt. Insbesondere lasse die Konsultationszeit von 45 Minuten nicht am Beweiswert des Gutachtens zweifeln und die Herausgabe der Handnotizen als ausnahmsweise notwendig erscheinen. Denn laut Rechtsprechung verunmögliche eine 45 Minuten dauernde Untersuchung eine fachgerechte Begutachtung nicht, selbst wenn die Angaben hätten übersetzt werden müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_556/2015 vom 3. November 2015 E. 2.2.1).

5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, er habe, entgegen den üblichen Gepflogenheiten der Beschwerdegegnerin, bis nach Vorlage des Vorbescheides keine Möglichkeit bekommen, Stellung zum Gutachten zu nehmen. Mit dem Vorgehen der IV-Stelle seien die Verfahrens- und Mitwirkungsrechte des Versicherten krass verletzt worden. Ebenso sein Anspruch auf rechtliches Gehör.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

5.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen).

Aus dem vorgängig Gesagten geht hervor, dass es gerade Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens ist, das rechtliche Gehör zu gewähren und darüber hinaus einen entsprechenden Diskurs zwischen der versicherten Person und der IV-Stelle zu erlauben, in dessen Rahmen die versicherte Person Gelegenheit hat, Einwände zu erheben. Eine Verpflichtung der IV-Stelle, der versicherten Person vor Gewährung des rechtlichen Gehörs im Rahmen des Vorbescheidverfahrens noch einmal das rechtliche Gehör zu gewähren, besteht dagegen nicht. Der Vorbescheid ist denn auch nicht vergleichbar mit einer im früher geltenden Einspracheverfahren erlassenen Verfügung, welche einen formellen Entscheid darstellte, vor dessen Erlass das rechtliche Gehör zu gewähren war (vgl. aber auch

diesbezüglich Art. 42 Satz 2 ATSG). Das Vorbescheidverfahren soll eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts ermöglichen und dadurch wie erwähnt die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten verbessern (BBl 2005 S. 3084 f., vgl. dazu E. 2.6.2; HANS-JAKOB MOSIMANN, Vorbescheidverfahren statt Einspracheverfahren in der IV, in: SZS 2006 S. 277 ff.). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist damit vorliegend zu verneinen.

6. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 13. April 2018 zu Recht die dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 23. Januar 2006 zugesprochene ganze Rente aufgehoben hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bzw. Mitteilung vom 23. Januar 2006 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 13. April 2018 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Die ursprüngliche Rentenmitteilung vom 23. Januar 2006 (IV-Nr. 31) stützte sich im Wesentlichen auf folgende Unterlagen:

6.1.1 Im Bericht von Dr. med. H.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vom 3. Dezember 2003 (IV-Nr. 7.3) wurde eine somatoforme Störung sowie Diskusdegenerationen L4 bis S1 zum Teil mit Hernierungen diagnostiziert. Die Diagnose einer somatoformen Störung sei für ihn, Dr. med. H.____, unbestritten. Klinisch finde er heute beim Versicherten keine pathologischen Befunde. Die präsentierten Beschwerden seien objektiv nicht nachvollziehbar, fielen durch eine Inkonsistenz und appellativen Charakter auf. Der Patient stehe in psychiatrischer Behandlung, von dieser fachärztlichen Seite wäre die Diagnose einer somatoformen Störung gemäss ICD-10 zu bestätigen. Gängige Risikofaktoren dafür seien gemäss Akten evident. Der Sturz am 8. September 2001 dürfte zu einer Kontusion geführt haben, habe nach seiner Auffassung traumatisch keine Diskushernierungen bewirkt. Die Diskopathien seien bei chronisch rezidivierenden lumbovertebralen Beschwerden und der Kernspintomographie vier Tage nach dem Sturz sicher vorbestehend. Denkbar wäre allenfalls eine Sturz-bedingte vorübergehende Beschwerden-Intensivierung mit Status quo sine innert weniger Wochen.

6.1.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Mai 2004 (IV-Nr. 14) ein Lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom sowie eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom. Im September 2001 habe ein scheinbar verhängnisvoller Sturz auf der Rolltreppe des Zürcher Flughafens stattgefunden, was chronische Rückenschmerzen zur Folge gehabt habe und auch immer wieder Arbeitsunterbrüche. Die Schmerzen chronifizierten sich und seien zusehends zum zentralen Problem geworden, was im Gegensatz zum Beschwerdeführer durch verschiedene spezialärztliche Beurteilungen und radiologischen Abklärungen nicht übereinstimmend habe objektiviert werden können. Schliesslich habe sich die psychische Situation des Mannes immer mehr verschlechtert. Eine längere Hospitalisation auf der I.____ in [...] und regelmässige Sitzungen beim Psychiater, med. pract. J.____ in [...] fänden statt. Aktuell stehe der psychisch schlechte Zustand behandlungsmässig im Vordergrund und einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Wege. Der Mann gebe bei körperlicher Belastung

wie Lastentragen und Arbeiten in vorgebückter Haltung vermehrte Rückenschmerzen an. Die psychische Situation erlaube keine Konzentration. Theoretisch wäre ihm die bisherige Tätigkeit wohl zumutbar, praktisch aber wohl kaum.

6.1.3 In seinem Bericht vom 28. August 2004 (IV-Nr. 20.2) führte med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 3. Juli 2003 in seiner ambulant psychiatrischen Behandlung. Die Gespräche fänden ohne Dolmetscher, direkt in [...] Sprache statt. Die Störung des Beschwerdeführers habe zunächst als anhaltende somatoforme Schmerzstörung imponiert. Bald habe sich aber gezeigt, dass eine schwere depressive Störung mit ausgeprägter Suizidalität vorgelegen habe. Die Testung mit dem Beckmischen Depressions-Inventar vom 26. August 2003 habe einen Wert von 54 ergeben. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung sei ausserordentlich schwierig gewesen, geprägt von Misstrauen und enormer Kränkbarkeit, die teilweise wahnhaft angemutet habe. In den letzten Konsultationen nun habe der Beschwerdeführer begonnen, von intensiven optischen und akustischen Halluzinationen zu berichten, verbunden mit starker Angst. Die Stimmen seien dialogisierend und kommentierend. Zudem habe er Anfang Juli plötzlich einen Bekannten tötlich angegriffen. Der Grund dafür habe sich unterdessen als eine wahnhafte Verkennung dargestellt. Am 5. August 2004 habe er, med. pract. J.____, begonnen, einschleichend Zyprexa zu verordnen. Es stelle sich die differentialdiagnostische Frage nach einer Paranoiden Schizophrenie.

6.1.4 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. Oktober 2004 (IV-Nr. 20.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zusammenfassend bestünden aktuell schwere depressive Beschwerden mit psychotischen Symptomen und die Symptome einer Panikstörung. Die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt seien am ehesten im Rahmen der schweren depressiven Beschwerden zu sehen. Ob es sich bei den somatischen Beschwerden um ein somatisches Syndrom im Rahmen der schweren depressiven Episode oder um eine Somatisierungsstörung handle, lasse sich zur Zeit nicht beurteilen. Der Beschwerdeführer sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Lagerangestellter als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht leistungsfähig. Eine medizinische begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % bestehe seit dem 2. Februar 2004.

6.1.5 Med. pract. J.____ hielt in seinem Bericht vom 20. Dezember 2005 (IV-Nr. 29) fest, die schon lange beschriebene psychotische Symptomatik stehe jetzt bei der Behandlung im Vordergrund, so dass von einer Paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) ausgegangen werden müsse, wie das früher schon vermutet worden sei. Eine zwischen mittel- und schwergradig schwankende Depression bestehe daneben weiter (ICD-10 F32.2). Der Beschwerdeführer habe vom 17. November bis 9. Dezember 2004 noch einmal im Psychiatriezentrum am Spital I.____ in [...] hospitalisiert werden müssen. Er komme alle 1 ■ 2 Wochen zu Konsultationen und zeige einen ausgesprochenen sozialen Rückzug: Er lebe alleine in einer Einzimmerwohnung und treffe kaum andere Menschen. Er müsse weiter als 100 % arbeitsunfähig betrachtet werden.

6.2.1 Dr. med. K.____, Innere Medizin FMH, Psychosomatische Medizin SAPP, stellte in seinem Bericht vom 4. März 2014 (IV-Nr. 57) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Die klinische Symptomatik sei weitgehend unverändert. Als neue Diagnose sei ein Schlaf-Apnoe-Syndrom diagnostiziert worden. Psychiatrisch werde der Beschwerdeführer

seit einem Jahr von Dr. med. F. ___ in [...] behandelt. Im Vordergrund stünden weiterhin die psychischen Probleme des Beschwerdeführers, welche eine Wiederaufnahme seiner Arbeit verhindern würden.

6.2.2 Dr. med. F. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. März 2014 (IV-Nr. 58) eine schizoaffektive Störung, depressiver Typ (F25.10). Der Beschwerdeführer sei seit 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Er fühle sich müde und hilflos. Er habe täglich Ängste und manchmal habe er während der ganzen Nacht akustische Halluzinationen. Er habe Konzentrationsschwierigkeiten. Er sehe der Zukunft pessimistisch entgegen. Er fühle sich verfolgt. Die bisherige Tätigkeit könne nicht mehr ausgeübt werden.

6.2.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 69.1) wurde die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/F33.4) gestellt. Im Vergleich zur Beurteilung gemäss Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Bern, sei eine wesentliche Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands festzustellen. Die ehemals attestierte depressive Episode sei remittiert. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. Februar 2015) ausgegangen werden. Die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien am 26. Februar 2015 gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer emotional expressiv, narzisstisch, sthenisch und dominant. Er berichte weitschweifig. Seine (manchmal bildhaften) Angaben zu den subjektiven Beschwerden und zu deren Verlauf blieben allgemein, vage, oberflächlich und unklar. Daten würden ungenau genannt. Im Affekt sei der Beschwerdeführer klagsam. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen. Es sei im Fall des Beschwerdeführers somit zusammenfassend von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (F32.4/F33.4) entwickelt habe. Die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers würden zudem von vielfältigen sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten. Die Angst und depressive Störung gemischt führe im Fall des Beschwerdeführers aufgrund der objektiv sehr gering ausgeprägten rein subjektiven Symptome nicht zu einer relevanten (mehr als 20 % von 100 %) Minderung der Arbeitsfähigkeit.

6.2.4 Im Bericht betreffend MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. November 2015 (IV-Nr. 83) wurde festgehalten, am lumbosakralen Übergang, vor allem bei LWK4/5 bestehe ein subligamentäres Diskusbulging mit L4/5 rezessal beidseitigem Wurzelkontakt ohne Nachweis einer manifesten Neurokompression. Es bestünden kein frei perforierter sequestrierter Bandscheibenvorfall und keine Neurokompression. Es sei eine mässige Spondylarthropathie feststellbar.

6.2.5 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 29. September 2016 (IV-Nr. 91) wurde festgehalten, aus rein rheumatologischer Sicht sei keine Gesundheitsstörung mit Auswirkung auf die Definition der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufzuführen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

Aus rheumatologischer Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass keine relevante Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit bestehe, dies sowohl für die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter in der Spedition (Lagermitarbeiter) der L. ___ als auch in einem

dem Leiden angepassten Tätigkeit. Diese Einschätzung habe Gültigkeit ab 2002, als die psychiatrische Komorbidität in den Vordergrund getreten sei und massgeblich die Arbeitsunfähigkeit begründet habe. Aus prognostischer Sicht ergäben sich keine somatischen Gesundheitsstörungen am Bewegungsapparat, die mit einer schlechten Prognose assoziiert seien. Gegenüber der Rentensprechung habe sich die Schmerzsituation an der Wirbelsäule wesentlich verbessert. Ferner müsse anerkannt werden, dass die damaligen Rentenanpassungen in erster Linie wegen der psychiatrischen Komorbidität erfolgt seien.

6.2.6 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. D. ___ vom 9. August 2018 (IV-Nr. 139) wurde festgehalten, es sei weiterhin von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer weiterhin remittierten depressiven Störung (F32.4/ F33.4) entwickelt habe. Die Einschätzung einer positiven Prognose im Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C. ___ habe sich erfüllt. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden zudem von vielfältigen sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten (aktuell u. a. durch eine Untersuchungshaft). Eine depressive Episode gemäss ICD-10 könne nicht attestiert werden. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die (subjektive) Verstimmung des Beschwerdeführers und seine ablehnende Grundhaltung würden alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33 begründen.

7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 29. September 2016 sowie die psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 2. April 2015 und 9. Januar 2018 stützt, ist vorweg deren Beweiswert zu prüfen.

7.1 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 29. September 2016 wurde ausgeführt, am Bewegungsapparat bestehe ein rezidivierend exazerbierendes und partiell chronifiziertes, posttraumatisch aufgetretenes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Rücken-/Gesässkontusion am 8. September 2001, wechselnd intensiver ischialgiformer Schmerzausstrahlung beidseits, konventionell-radiologisch und magnetomographisch wenig ausgeprägter degenerativer Diskopathie L4/5 und L5/S1 und einer subligamentären Diskusprotrusion L4/5, ohne Nachweis einer Neuro- oder Myelonkompression. Gestützt darauf kam Dr. med. E. ___ in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, aus der funktionellen Optik bestehe nur eine geringfügige Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule ohne klinische Hinweise auf eine Segmentinstabilität respektive muskuläre Haltungsinsuffizienz. Im Übrigen seien keine weiteren Pathologien am Bewegungsapparat mit Funktionsdefiziten objektivierbar. Auch aus intermedizinischer Sicht seien keine Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erkennen. Die anlässlich der Begutachtung vorgefundene Blutdruckerhöhung sei kontrollbedürftig und bei dokumentierter Persistenz therapiebedürftig. Die wahrscheinlich vorliegende arterielle Hypertonie habe keinen Einfluss auf die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung steht denn auch im Einklang mit den übrigen den somatischen Gesundheitszustand betreffenden Arztberichten. Zudem wird die Schlussfolgerung im Gutachten von Dr. med. E. ___ auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

Im Übrigen ist aus somatischer Sicht im Vergleich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung am 23. Januar 2006 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes erstellt. Wie Dr. med. E.____ hierzu ausführte, habe seine aktuelle Einschätzung Gültigkeit ab 2002, als die psychiatrische Komorbidität in den Vordergrund getreten sei und massgeblich die Arbeitsunfähigkeit begründet habe. Die Rentenzusprechung erfolgte denn auch fast ausschliesslich aus psychiatrischen Gründen. So geht aus den damaligen Berichten hervor, dass die Beschwerden nach dem Unfallereignis von 2001 bald nicht mehr objektivierbar waren und psychisch überlagert wurden (vgl. E. II. 6.1.1. und 6.1.2 hiervor). Gestützt auf das beweismässige Gutachten von Dr. med. E.____ ist demnach davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer weder im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung am 23. Januar 2006 noch im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 somatische Diagnosen mit einer relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlagen.

7.2

7.2.1 In seinen psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2015 und 9. Oktober 2018 setzte sich Dr. med. D.____ eingehend und überzeugend mit den beim Beschwerdeführer in Frage kommenden und/oder von den behandelnden Ärzten genannten psychiatrischen Diagnosen auseinander: Im Gutachten vom 2. April 2015 führte Dr. med. D.____ aus, die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien am 26. Februar 2015 gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer emotional expressiv, narzisstisch, sthenisch und dominant. Er berichte weitschweifig. Seine (manchmal bildhaften) Angaben zu den subjektiven Beschwerden und zu deren Verlauf blieben allgemein, vage, oberflächlich und unklar. Daten würden ungenau genannt. Im Affekt sei die versicherte Person klagsam und jammerig. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen. Es sei im Fall des Beschwerdeführers somit zusammenfassend von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD 10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (F32.4/ F33.4) entwickelt habe. Die ICD-10 definiere zu F41.2: «Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. (...) Diagnostische Leitlinien sind: Vorhandensein von Angst und Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen; zumindest vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen; die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Angststörung oder einer depressiven Episode.» Diese diagnostischen Kriterien würden vom Beschwerdeführer aufgrund seiner eigenen Schilderungen, der Angaben in den Akten und der aktuellen Untersuchung erfüllt. Die Angst und depressive Störung, gemischt, führe im Fall der des Beschwerdeführers aufgrund der objektiv sehr gering ausgeprägten rein subjektiven Symptome nicht zu einer relevanten Minderung der Arbeitsfähigkeit. Eine depressive Episode gemäss ICD-10 könne dagegen nicht (mehr) attestiert werden. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der im ICD-10 genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die depressiv-ängstlich/phobische Verstimmung und seine feindselige Grundhaltung begründeten alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/ F33. Der Beschwerdeführer und die Akten würden manche der

Kriterien nennen. Es könnten aber insbesondere die zentralen Eingangskriterien der Gruppe 1 weder anlässlich der Untersuchung, noch aufgrund der Akten nach 2004 (vgl. das Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Bern) bzw. der Angaben des Beschwerdeführers selbst bestätigt werden. Somit könne keine relevante Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht objektiv mehr begründet werden. An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gemäss ICD-10 unter einem «somatischen Syndrom» gerade nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen gemeint seien, sondern: Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (vgl. WHO ICD 10). Das Vorliegen eines tatsächlichen «somatischen Syndroms» im Sinne der ICD-10 könnte allenfalls eine besondere Schwere des depressiven Syndroms belegen, da die damit gemeinten Symptome dem theoretischen Konstrukt einer ehemals «Melancholie» oder «endogene Depression» genannten Störung zugeordnet würden. Dabei würden jedoch möglichst alle oder zumindest viele und/ oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome gefordert, um die zusätzliche Diagnose eines «somatischen Syndroms» stellen zu können. Beim Beschwerdeführer sei kein «somatisches Syndrom» im genannten Sinn zu erkennen. Des Weiteren hielt Dr. med. D.____ im Gutachten vom 18. Januar 2018 fest, die (subjektiven und objektiven) Beeinträchtigungen im Fall des Beschwerdeführers würden die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie gemäss ICD-10 F20.x auch anlässlich der Untersuchung am 26. Februar 2015 ausdrücklich nicht erfüllen. Im ICD-10 werde diesbezüglich festgehalten: «Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben.» Bereits diese Eingangsdefinition sei im Fall des Beschwerdeführers nicht erfüllt. Entsprechende Beeinträchtigungen würden zu keinem Zeitpunkt in den Akten beschrieben und seien am 26. Februar 2015 auch nicht vorhanden gewesen. Auch anlässlich der aktuellen Untersuchung am 1. November 2017 sei der Beschwerdeführer im Denken und Wahrnehmen, in der Affektivität und Kognition sowie in seinen «menschlichen Grundfunktionen» vollständig unauffällig gewesen. Nur von med. pract. J.____ würden erst- und einmalig im August 2004 die Symptome «wahnhaft anmutende» Kränkbarkeit, wahnhafte Verkennung mit tätlichem Angriff, dialogisierende und kommentierende Stimmen und optische Wahrnehmungsstörungen attestiert. Er stelle dann im Dezember 2005 deren Verbesserung fest und bestätige dies im April 2012. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen würden aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht dazu nicht formuliert. Gemäss Gutachten vom 29. September 2016 von Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, spez. Rheumaerkrankungen, nenne der Beschwerdeführer «komische Träume», die angstauslösend seien und den Schlafrythmus stören würden. Dabei habe er «das Gefühl, als wenn jemand auf seinen Körper liegen würde». Objektive psychopathologische Befunde würden nicht dokumentiert. Anlässlich der aktuellen Untersuchung am 1. November 2017 nenne der Beschwerdeführer neben der Belastung durch eine Untersuchungshaft, dass er unter «Platzangst» und «Panikattacken» leide. Objektive psychopathologische Befunde seien ebenfalls nicht vorhanden.

Sodann vermögen auch die von Dr. med. D. ___ gemachten Schlussfolgerungen in den Gutachten vom 2. April 2015 und 18. Januar 2018 zu überzeugen: Die vorliegende Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) und die damit verbundenen v.a. subjektiven Defizite im Fall des Beschwerdeführers begründeten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (für jede Art von ausserhäuslicher Tätigkeit und für Arbeiten im Haushalt). Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/ oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/ oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Im Gegenteil könnten die Angaben des Beschwerdeführers zur vollständigen Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Tabak, Alkohol und Drogen) als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen gewertet werden. Der Beschwerdeführer beschreibe selbst eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben ■ wenn auch subjektiv beeinträchtigt (bspw. einkaufen und spazieren gehen, Restaurants besuchen, Reisen unternehmen, Fussballmatch und Tagesschau sehen). Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der v. a. rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien eine Verdeutlichungstendenz und vielfältige psychosoziale Faktoren (bspw. Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Schulden, Lebensalter) bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie würden auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erklären. In diesen Zusammenhang sei auch die im Februar 2015 erkennbare Aggravation (Verdeutlichungstendenz) bzw. die im November 2017 (bewusstseinsnah) fehlende Mitwirkung einzuordnen. Diese Gesichtspunkte besässen allfällig therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz, gingen aber nicht (weder positiv, noch negativ) in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein (krankheitsfremd). Im Vergleich zur Beurteilung gemäss dem Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C. ___ sei somit eine wesentliche Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands im Fall des Beschwerdeführers festzustellen. Die ehemals attestierte depressive Episode sei remittiert. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. Februar 2015) ausgegangen werden. Ob (und gegebenenfalls ab wann genau) bereits zwischen Oktober 2004 und Februar 2015 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers angenommen werden könne, sei jedoch aufgrund unzureichender Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht anzugeben. Gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 2. April 2015 resp. der Untersuchung vom 26. Februar 2015 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person nicht erheblich verändert.

7.2.2 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert der Gutachten von Dr. med. D. ___ nicht zu schmälern. Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei direkt aus der Untersuchungshaft polizeilich zum Gutachter geführt worden. Es sei offensichtlich, dass in einer solchen Belastungssituation keine abschliessende,

unverfängliche oder objektive Abklärung möglich sei. Zudem sei ein Gutachter unter dem Eindruck eines zugeführten Untersuchungshäftlings nicht gleich unbeeinflusst, wie wenn ein unbelasteter Explorand zur Beurteilung erscheine. Dem ist vorweg entgegenzuhalten, dass sich aus dem Gutachten von Dr. med. D. ___ keine Hinweise ergeben, dass dieser durch die genannten Umstände in seiner Beurteilung beeinflusst gewesen wäre. Zudem handelte es sich bei der vorgenannten Begutachtung bereits um die zweite Begutachtung von Dr. med. D. ___. Bei der ersten Untersuchung durch Dr. med. D. ___ im Jahr 2015 war der Beschwerdeführer noch nicht in Untersuchungshaft. Im Verlaufsgutachten vom 18. Januar 2018 stützte sich Dr. med. D. ___ auch auf seine Beurteilung vom 2. April 2015 und kam zum Schluss, dass seit dem ersten Gutachten keine Verschlechterung eingetreten sei. Dies wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Es ist zwar durchaus nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Untersuchungshaft von einer Belastungssituation spricht. Aber dass dadurch die Resultate der Untersuchung verfälscht würden, bzw. ■ aus versicherungsmedizinischer Sicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers ■ allenfalls sogar besser dargestellt würden, als sie tatsächlich waren, ist kaum anzunehmen. Vielmehr wäre es nachvollziehbar, wenn durch Untersuchungshaft die geltend gemachte Depressivität verschlimmert würde, was von Dr. med. D. ___ aber nicht bestätigt werden konnte. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, er habe bei der Begutachtung im November 2017 ausdrücklich gesagt, dass er sich angesichts der Situation nicht in der Lage sehe, offen Auskunft zu geben. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich aber nachvollziehbar festgehalten hat, hat die Begutachtung im alleinigen Beisein von Dr. med. D. ___ und ohne Anwesenheit eines Polizisten stattgefunden. Ein Grund, warum sich der Beschwerdeführer nicht hätte öffnen können, ist somit nicht ersichtlich. Zudem kann im Zusammenhang mit der Begutachtung trotz Untersuchungshaft nicht von einer unzumutbaren medizinischen Massnahme gesprochen werden. Insofern der Beschwerdeführer sodann rügt, die Untersuchung bei Dr. med. D. ___ habe lediglich 15 Minuten gedauert, ist festzuhalten, dass Dr. D. ___ in seinem Gutachten von einer Untersuchungsdauer von 45 Minuten spricht. In diesem Zusammenhang ist anzufügen, dass selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters anzeigt, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Unterhaltung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich der psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. ___ bejaht werden kann, überdies ging es auch um ein Verlaufsgutachten. Weiter verlangt der Beschwerdeführer, es seien die Handnotizen von Dr. med. D. ___ beizuziehen oder dieser als Zeuge zu befragen. So sei es angesichts der kurzen Untersuchungsdauer absolut erstaunlich, dass Dr. med. D. ___ derart ausführlich von Schilderungen des Beschwerdeführers berichte. Insbesondere mache er den Anschein, dass er diese Information auch vom Versicherten zu hören bekommen habe. Ausdrücklich gebe er jedoch auch an, dass er seine persönlichen Handnotizen hinzugezogen habe. Damit werde bewiesen, dass der Beschwerdeführer wegen unzumutbaren Umständen keine Angaben machen können. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich aus Art. 29 Abs. 2 BV nach ständiger Rechtsprechung kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten ergibt, die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und denen kein Beweischarakter zukommt (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 478, 125 II 473 E. 4a S. 474 f., 115 V 297 E. 2g/aa S. 303). Demgemäss besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf

Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, z.B. schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde (Urteil des Bundesgerichts 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5.1.2; vgl. auch Niklaus Schmid, Einige Aspekte der naturwissenschaftlichen Gutachten aus der Sicht der Schweizerischen Strafprozessordnung, AJP 2010 819 ff., 826). Es ist dem Gutachter überlassen, mit welcher Arbeitsweise er ein Gutachten erstellt ■ sei es beispielsweise durch Handnotizen oder allfällige ■ durch die versicherte Person genehmigte ■ Audioaufnahmen. Schlussendlich bleibt nur relevant, was in das schriftliche Gutachten mit einfließt. Der Gutachter entscheidet selbst, in welcher Form seine Notizen und Überlegungen im Gutachten Eingang finden. Es ist davon auszugehen, dass ein Gutachter nach einer Untersuchung auch gestützt auf seine Notizen eine abschliessende Gesamtwürdigung vornimmt. Allfällige vorgängig erstellte Notizen sind deshalb in einer gerichtlichen Beurteilung nicht mit einzubeziehen und auch nicht relevant. Wie die Beschwerdegegnerin zudem korrekt ausgeführt hat, wurde das nachfolgende Verlaufsgutachten von Dr. med. D.____ nicht deswegen veranlasst, weil eine mögliche gesundheitliche Verschlechterung bzw. neue Diagnosen zur Diskussion standen, sondern weil das erste Gutachten bereits am 2. April 2015 erstellt worden war und damit im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung nicht mehr genügend aktuell gewesen wäre, um alleine auf dieses abstellen zu können. Das bedeutet aber nicht, dass dieses aufgrund dessen weniger beweismässig wäre. Zusammen mit dem Verlaufsgutachten vom 18. Januar 2018 stellt dieses eine genügende Entscheidungsgrundlage dar, um den vorliegenden Fall beurteilen zu können. Wenn nun der Beschwerdeführer sich anlässlich der Verlaufsbeurteilung weigerte, Angaben zu machen, bzw. nur teilweise Angaben machte ■ was im Übrigen im Gutachten von Dr. med. D.____ vom 18. Januar 2018 offen kommuniziert wurde (S. 7 des Gutachtens) ■ dann hat dies nicht zur Folge, dass dem Verlaufsgutachten kein Beweiswert zukäme. Vielmehr ergibt sich eine revisionsrelevante Verbesserung rechtsgenügend bereits aus dem Gutachten von Dr. med. D.____ vom 2. April 2015. Wenn der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufsbeurteilung seine Mitwirkung (teilweise) verweigert, so ergibt dies allenfalls eine Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers bzw. im Resultat, dass seit dem Gutachten vom 2. April 2015 keine Verschlechterung erstellt ist. So hat der Beschwerdeführer eine aufgrund seiner mangelnden Mitwirkungspflicht allfällig resultierende Beweislosigkeit selbst zu tragen. (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 222 mit Hinweisen). Die beiden Gutachten von Dr. med. D.____ stellen aber selbst mit einer allenfalls mangelhaften Mitwirkung des Beschwerdeführers anlässlich der Verlaufsbeurteilung eine hinreichende Grundlage zur Beurteilung des vorliegenden Falles dar. Sodann musste Dr. med. D.____, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, in seinem Gutachten keine Indikatorenprüfung vornehmen. So kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf eine solche verzichtet werden, wenn wie vorliegend keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.). Da zudem Dr. med. E.____ als rheumatologischer Gutachter nur somatische Diagnose stellt ■ wobei auch diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben ■ ist diesbezüglich ohnehin keine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Schliesslich vermag der den Gutachten von Dr. med. D.____ entgegenstehende Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. F.____, vom 28. März 2014, deren Beweiswert nicht zu schmälern. Dr. med. F.____ postulierte zwar eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 80 ■ 100 %, begründete seine Einschätzung

aber kaum. Diese lässt sich auch nicht auf seine spärlichen Befunderhebungen stützen. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. F.____ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Demnach ist auf die voll beweiswertigen Gutachten von Dr. med. D.____ abzustellen. Im Übrigen ist die Rüge des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar, wonach seine Mitwirkungsrechte verletzt worden seien, da er von der Beschwerdegegnerin nicht darauf hingewiesen worden sei, dass er den vorgeschlagenen Gutachter ablehnen könne, und er keine Möglichkeit gehabt habe, zu den Fragen Stellung zu nehmen und Ergänzungsfragen zu stellen. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu korrekt entgegnet hat, ist der Beschwerdeführer bereits bei der ersten Begutachtungsanordnung im Jahre 2014 mit Schreiben vom 29. August 2014 (IV-Nr. 63) auf seine Rechte hingewiesen worden: Dr. med. D.____ sei als Gutachter vorgeschlagen worden und der Beschwerdeführer habe Frist für Einwendungen gegen die Begutachtung erhalten, gegen die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person. Zudem habe er den Fragekatalog und den Hinweis erhalten, dass er Zusatzfragen stellen könne. Auch für die geplante Begutachtung bei Dr. med. G.____ sowie das Verlaufsgutachten bei Dr. med. D.____ habe er das entsprechende Schreiben (Briefe vom 21. Dezember 2015 bzw. 9. Januar 2017; IV-Nr. 99) erhalten. Gegen die Begutachtung durch Dr. med. G.____ setzte er sich denn auch erfolgreich zur Wehr (vgl. IV-Nr. 89). Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, die Vorinstanz begründe ihren Entscheid damit, dass gegen ihn eine Strafuntersuchung wegen verschiedener Delikte laufe, womit sie die Unschuldsvermutung eklatant verletze. Dieser Argumentation kann jedoch nicht gefolgt werden: Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist die IV-Stelle gehalten, durch Erkenntnisse zu berücksichtigen, die in einem anderen (z.B. strafrechtlichen) Verfahren gewonnen werden. Dabei geht es ■ ausser bei der allfälligen Frage nach der längeren strafrechtlichen Verjährungsfrist nach Art. 25 Abs. 2 ATSG ■ nicht um die von der Unschuldsvermutung erfasste Frage, ob sich die versicherte Person strafbar gemacht hat, sondern um Informationen, die im entsprechenden Verfahren gewonnen wurden. Zudem war die fragliche Erwägung für den in der Verfügung vom 13. April 2018 enthaltenen Revisionsentscheid nicht massgebend, sondern sie diente einzig dem Hinweis, dass allenfalls auch eine rückwirkende Aufhebung infrage kommen könnte.

Demnach ist zusammenfassend festzuhalten, dass gestützt auf die beweiswertigen Gutachten von Dr. med. D.____ eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt ist und dem Beschwerdeführer wieder eine Arbeitstätigkeit ■ sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit ■ in einem vollen Pensum zuzumuten ist. Die Rentenaufhebung ist somit nicht zu beanstanden, womit die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen ist.

8. Umstritten ist schliesslich der Zeitpunkt der Rentenaufhebung. Während in der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats ■ also per 31. Mai 2018 ■ aufgehoben wurde, stellt sich die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 5. März 2019 auf den Standpunkt, aufgrund der getätigten Strafuntersuchungen sei belegt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit Januar 2014 verbessert habe, womit die Rente im Sinne von Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV bereits per 1. Januar 2014 aufzuheben sei.

Wie bereits mit Verfügung vom 15. November 2018 (A.S. 50 f.) festgehalten, ist der Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Oktober 2018 wegen des mit der Beschwerdeerhebung verbundenen Devolutiveffekts als solcher unwirksam. Er stellt nur einen Antrag an das Gericht dar, im Sinne des Vorbescheids zu entscheiden und die Rente, über die Verfügung vom 13. April 2018 hinausgehend, rückwirkend ab 1. Januar 2014 aufzuheben (vgl. Urteil des Bundesgerichts P 7/02 vom 12. März 2004 E. 3.2 [SVR 2005 EL Nr. 3 S. 9 f.]). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers gehört der Zeitpunkt der Rentenaufhebung zum Streitgegenstand, über welchen das Versicherungsgericht grundsätzlich in freier Kognition entscheiden kann. Das Versicherungsgericht hat die Akten der gegen den Beschwerdeführer laufenden Strafuntersuchung beigezogen, worin dem Beschwerdeführer Nötigung (Art. 181 StGB), Geldwäscherei (Art. 305bis Ziff. 2 StGB), Verbrechen gegen das Spielbankengesetz (Art. 55 Abs. 2 SBG), Menschenhandel (Art. 182 Abs. 1 StGB), Qualifizierte Widerhandlungen gegen das AuG (Art. 116 Abs. 3 AuG) sowie Widerhandlungen gegen das Bundesgesetz gegen Lotterien und die gewerbmässigen Wetten (Art. 42 LG) vorgeworfen werden (vgl. STA.2016.3603, 2.1.1, Strafanzeige der Kantonspolizei Solothurn vom 11. Juni 2018). Gestützt auf diese Akten und insbesondere angesichts der vom Beschwerdeführer in der Untersuchungshaft gemachten Aussagen (vgl. STA.2016.3603, 10.1, Einvernahmen des Beschwerdeführers vom 7., 22. und 27. Dezember 2017) ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bereits seit Jahren ein bei weitem rentenausschliessendes Einkommen erzielt hat, womit die IV-Stelle, wäre ihr dies bekannt gewesen, die Rente auch rückwirkend hätte einstellen können, und nicht erst per Ende Mai 2018 wie in der vorliegend angefochtenen Verfügung. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der Einvernahme vom 27. Dezember 2017 an, er habe durch das Geschäft mit den Wetten und den Glücksspielautomaten «[...]» im Durchschnitt pro Monat vielleicht CHF 11'000.00 bis 12'000.00 verdient. Soweit ersichtlich, wurde dieses Einkommen der Beschwerdegegnerin zu keinem Zeitpunkt gemeldet. Damit steht eine Verletzung der Meldepflicht nach Art. 31 ATSG und Art. 77 IVV zur Diskussion, welche gemäss Art. 88 Abs. 2 lit. b IVV eine rückwirkende Rentenaufhebung nach sich ziehen könnte. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 13. April 2018 ist deshalb hinsichtlich des Zeitpunktes der Rentenaufhebung insofern aufzuheben, als die Sache in diesem Punkt im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie weitere Abklärungen in Bezug auf einen allfälligen früheren Aufhebungszeitpunkt vornimmt und hiernach neu darüber entscheidet. Das in diesem Zusammenhang gebotene Vorgehen (BGE 137 V 314) ist erfolgt. In Bezug auf den Anspruch ab 1. Juni 2018 ist ein gerichtlicher Teilentscheid zu fällen (vgl. BGE 135 V 141).

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Persistenz therapiebedürftig sei. Entsprechend sei festzuhalten, dass entgegen den Aussagen von Dr. D.____ eine Indikatorenprüfung hätte stattfinden und abgefragt werden müssen. Auch in dieser Hinsicht sei somit das Gutachten D.____ nicht zum Beweis geeignet. Des Weiteren habe sich Dr. med. D.____ nicht mit den differierenden ärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt. Auf S. 25 seines Gutachtens zitiere er lediglich aus dem Arztbericht von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014. Dieser bescheinige eine Arbeitsunfähigkeit von 80 – 100 %. Dr. med. D.____ setze sich insbesondere nicht damit auseinander, weshalb die fachärztlichen Einschätzungen von Dr. med. F.____ nicht mit seiner Einschätzung übereinstimme. Schliesslich sei auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Dr. med. D.____ keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausweise. In Beantwortung von Frage 6.5 gebe er ausdrücklich an, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Mithin handle es sich um einen medizinischen Sachverhalt, den er allenfalls anders beurteile, bei gleichbleibendem Gesundheitszustand. Eine Revision nach Art. 17 ATSG sei somit nicht möglich. Zudem bleibe festzuhalten, dass die gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung festgelegten Verfahrensgarantien dem Versicherten nicht gewährt worden seien. Gemäss BGE 137 V 210 seien die Mitwirkungsrechte des Versicherten unabdingbar, da insbesondere die nicht sachgerechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur tatsächlichen Nachteil bewirke. So hätte man die versicherte Person gemäss BGE 138 V 318 dringend darauf hinweisen müssen, dass sie den vorgeschlagenen Gutachter ablehnen könne und allenfalls eigene Vorschläge im Rahmen eines Einigungsverfahrens vorbringen könnte. Ebenso hätte ihr zwingend die Möglichkeit eingeräumt werden müssen, zu den vorhandenen Fragen Stellung zu nehmen und nicht lediglich nur Ergänzungsfragen zu stellen. Dies habe umso mehr zu gelten, als die versicherte Person zum Zeitpunkt der Gutachtenanordnung nicht vertreten gewesen sei. Insofern leide das Gutachten von Dr. med. D.____ auch in dieser Hinsicht an einem schwerwiegenden formellen Mangel und sei nicht zum Beweis geeignet. Der Versicherte habe zudem, entgegen den üblichen Gepflogenheiten der Beschwerdegegnerin, bis nach Vorlage des Vorbescheides keine Möglichkeit erhalten, Stellung zum Gutachten zu nehmen. Mit dem Vorgehen der IV-Stelle seien die Verfahrens- und Mitwirkungsrechte des Versicherten krass verletzt worden. Ebenso sein Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Vorinstanz begründe ihren Entscheid, damit, dass gegen den Versicherten eine Strafuntersuchung wegen verschiedener Delikte laufe. Wortwörtlich werde ausgeführt, dass die aufgezählten Straftatbestände dafür sprechen sollten, dass der Beschwerdeführer schon länger aktiver sei als bisher angegeben und dass er Einkommen generiert habe. Diese Unterstellungen seien in jeder Hinsicht inakzeptabel. So missachte die IV-Stelle die Unschuldsvermutung eklatant. Der Beschwerdeführer habe kein kriminelles Verhalten an den Tag gelegt und kein Einkommen generiert. Bereits dies widerspiegle die Voreingenommenheit einer Behörde, wenn jemand mit einem Strafverfahren konfrontiert sei. Alternativ begründe die Vorinstanz ihren Entscheid noch damit, dass der Versicherte das Mahn- und Bedenkzeitverfahren bzw. seine Mitwirkungspflicht verletzt habe. Eine solche könne nur gefordert werden, wenn ihm die auferlegte Pflicht zuzumuten sei. Dies sei vorliegend gerade nicht der Fall. Der Beschwerdeführer habe vor der Exploration mitgeteilt, dass er emotional durch die Umstände derart belastet sei, dass ihm ein Gespräch aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei. Es sei für ihn deshalb schwer, sich offen zu zeigen. Er fühle sich dadurch in der Exploration zusätzlich psychologisch eingeengt. Man habe ihm aber keine andere Wahl gelassen und er müsse der IV gehorchen (Gutachten S. 7, 3.1). In Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung und des gesetzlich statuierten Untersuchungsgrundsatzes wäre

die IV-Stelle gehalten gewesen, weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten, da der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht genügend abgeklärt worden sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011). Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich klar verbessert. Gemäss psychiatrischem Gutachten vom 2. April 2015 sowie dem Verlaufsgutachten vom 9. Januar 2018 sei seine Angst und depressive Störung remittiert. Zudem könne das rheumatologische Gutachten vom 29. September 2016 keine Einschränkungen nachweisen. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, einem Pensum 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungsminderung nachzugehen. Somit sei es ihm möglich und zumutbar seine angestammte Tätigkeit sowie jede andere angepasste Tätigkeit im Rahmen von 100 % ohne weitere Leistungseinschränkungen auszuüben. Die Vorwürfe bezüglich einer Verletzung von Verfahrens- und Mitwirkungsrechten gingen fehl. Bereits bei der ersten Begutachtungsanordnung im Jahre 2014 sei der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. August 2014 auf seine Rechte hingewiesen worden. Dr. med. D.____ sei als Gutachter vorgeschlagen worden und der Beschwerdeführer habe Frist für Einwendungen gegen die Begutachtung erhalten, gegen die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person. Zudem habe er den Fragekatalog und den Hinweis erhalten, dass er Zusatzfragen stellen könne. Auch für die geplante Begutachtung bei Dr. med. G.____ sowie das Verlaufsgutachten bei Dr. med. D.____ habe er das entsprechende Schreiben (Briefe vom 21. Dezember 2015 bzw. 9. Januar 2017) erhalten. Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2018 haben man den Beschwerdeführer über den geplanten Entscheid informiert und ihm das Akteneinsichtsrecht gewährt. Damit sei man dem Anspruch auf rechtliches Gehör vollumfänglich nachgekommen. Sodann sei die Dauer selbst für eine Begutachtung nicht massgebend, vielmehr zählten Vollständigkeit und Inhalt. Dr. med. D.____ habe aufgrund seiner Untersuchungen und durch den Einbezug der Vorakten eine begründete und einleuchtende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geliefert. Im Gutachten vom 2. April 2015 nehme er ab Seite 24 und im Gutachten vom 9. Januar 2018 ab Seite 8 zu den bisher gestellten Diagnosen ausführlich Stellung und begründe in nachvollziehbarer Art und Weise deren Nichtvorliegen. In Ihrer Gesamtheit erfüllten diese Gutachten die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle, und würden vollen Beweiswert geniessen. Gemäss Beurteilung von Dr. med. D.____ lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr vor. Da keine Gesundheitsbeeinträchtigung mehr vorliege, erübrige sich die Indikatorenprüfung. Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bleibe eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2 5. 285 ff.). Sodann habe die Begutachtung im alleinigen Beisein von Dr. med. D.____ und ohne Anwesenheit eines Polizisten stattgefunden. Ein Grund, warum sich der Beschwerdeführer nicht hätte öffnen können, sei nicht ersichtlich. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 10. Oktober 2017 klar auf seine Mitwirkungspflicht und die Folgen einer ungenügenden Mitwirkung hingewiesen worden. Zum Glück habe Dr. med. D.____ trotz der eher ungenügenden Mitwirkung des Beschwerdeführers dennoch eine medizinische Beurteilung abliefern können. An dieser bestehe kein Zweifel, insbesondere da diese mit jener aus der ersten Begutachtung übereinstimme (Gutachten vom 2. April 2015). Es liege keine Veränderung der gesundheitlichen Situation vor. Aktuell laufe ein Strafverfahren wegen Erpressung, gewerbsmässiger Erpressung, Nötigung, Geldwäscherei, Übertretung des BG betreffend die Lotterien und gewerbsmässiger Wetten und Verbrechen gegen das Spielbankengesetz. Diese Straftatbestände würden dafür sprechen, dass der

Beschwerdeführer schon länger aktiver sei als bisher angegeben und dass er Einkommen generiert habe. Sollten sich diese Straftatbestände bestätigen, behalten man sich hiermit ausdrücklich das Recht vor, die bisherige Rente gestützt auf Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV rückwirkend aufzuheben, unabhängig vom vorliegenden Revisionsentscheid. Alsdann gelte es zu berücksichtigen, dass die für die revisionsweise Aufhebung der Rente notwendige gesundheitliche Verbesserung in psychiatrischer Hinsicht bereits im Zeitpunkt des ersten Gutachtens, also im April 2015 erstellt gewesen sei und demnach bereits früher eine Rentenaufhebung rechtens gewesen wäre. Da viele Verzögerungen stattgefunden hätten, habe der regionale ärztliche Dienst (RAD) ein psychiatrisches Verlaufsgutachten als angebracht erachtet. Mit einem Blick in das Dossier der Invalidenversicherung sei ersichtlich, dass dazu keine medizinischen Anhaltspunkte ausschlaggebend gewesen seien, sondern vielmehr der Faktor Zeit. Somit könne bereits aufgrund des fraglichen Bedarfes die Beweiskraft des Gutachtens vom 9. Januar 2018 offen gelassen werden, da bereits das Gutachten vom 2. April 2015 eine klare Verbesserung aufzeige und der Sachverhalt genügend erstellt gewesen sei. Was die Herausgabe von Handnotizen anbelange, so sei auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen eines Gutachters bestehe. Handnotizen, welche ein Gutachter selbst anlässlich einer von ihm durchgeführten Exploration erstellt habe, hätten die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung eines Gutachtens. Dies heisse aber auch, dass sie ihren Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllt hätten. Derartige Arbeitsunterlagen gehe der Beweischarakter ab und ein Anspruch auf Einsicht in dieselben sei zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5). Eine andere Vorgehensweise sei im vorliegenden Fall nicht angezeigt. Insbesondere lasse die Konsultationszeit von 45 Minuten nicht am Beweiswert des Gutachtens zweifeln und die Herausgabe der Handnotizen als ausnahmsweise notwendig erscheinen. Denn laut Rechtsprechung verunmögliche eine 45 Minuten dauernde Untersuchung eine fachgerechte Begutachtung nicht, selbst wenn die Angaben hätten übersetzt werden müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_556/2015 vom 3. November 2015 E. 2.2.1).

E. 5

Chronische Gastritis

E. 6

Chronische Kopfschmerzen/Migräne

E. 7

Chronische Prostatitis

E. 7.2

7.2.1 In seinen psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2015 und 9. Oktober 2018 setzte sich Dr. med. D. ___ eingehend und überzeugend mit den beim Beschwerdeführer in Frage kommenden und/oder von den behandelnden Ärzten genannten psychiatrischen Diagnosen auseinander: Im Gutachten vom 2. April 2015 führte Dr. med. D. ___ aus, die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien am 26. Februar 2015 gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer emotional expressiv, narzisstisch, sthenisch und dominant. Er berichte weitschweifig. Seine (manchmal bildhaften) Angaben zu den subjektiven Beschwerden und zu deren Verlauf blieben allgemein, vage, oberflächlich und unklar.

Daten würden ungenau genannt. Im Affekt sei die versicherte Person klagsam und jammerig. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen. Es sei im Fall des Beschwerdeführers somit zusammenfassend von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD 10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (F32.4/ F33.4) entwickelt habe. Die ICD-10 definiere zu F41.2: «Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. (...) Diagnostische Leitlinien sind: Vorhandensein von Angst und Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen; zumindest vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen; die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Angststörung oder einer depressiven Episode.» Diese diagnostischen Kriterien würden vom Beschwerdeführer aufgrund seiner eigenen Schilderungen, der Angaben in den Akten und der aktuellen Untersuchung erfüllt. Die Angst und depressive Störung, gemischt, führe im Fall der des Beschwerdeführers aufgrund der objektiv sehr gering ausgeprägten rein subjektiven Symptome nicht zu einer relevanten Minderung der Arbeitsfähigkeit. Eine depressive Episode gemäss ICD-10 könne dagegen nicht (mehr) attestiert werden. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der im ICD-10 genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die depressiv-ängstlich/phobische Verstimmung und seine feindselige Grundhaltung begründeten alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/ F33. Der Beschwerdeführer und die Akten würden manche der Kriterien nennen. Es könnten aber insbesondere die zentralen Eingangskriterien der Gruppe 1 weder anlässlich der Untersuchung, noch aufgrund der Akten nach 2004 (vgl. das Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Bern) bzw. der Angaben des Beschwerdeführers selbst bestätigt werden. Somit könne keine relevante Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht objektiv mehr begründet werden. An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gemäss ICD-10 unter einem «somatischen Syndrom» gerade nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen gemeint seien, sondern: Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (vgl. WHO ICD 10). Das Vorliegen eines tatsächlichen «somatischen Syndroms» im Sinne der ICD-10 könnte allenfalls eine besondere Schwere des depressiven Syndroms belegen, da die damit gemeinten Symptome dem theoretischen Konstrukt einer ehemals «Melancholie» oder «endogene Depression» genannten Störung zugeordnet würden. Dabei würden jedoch möglichst alle oder zumindest viele und/ oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome gefordert, um die zusätzliche Diagnose eines «somatischen Syndroms» stellen zu können. Beim Beschwerdeführer sei kein «somatisches Syndrom» im genannten Sinn zu erkennen. Des Weiteren hielt Dr. med. D.____ im Gutachten vom 18. Januar 2018 fest, die (subjektiven und objektiven) Beeinträchtigungen im Fall des Beschwerdeführers würden die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie gemäss ICD-10 F20.x auch anlässlich der Untersuchung am 26. Februar 2015 ausdrücklich nicht erfüllen. Im ICD-10 werde diesbezüglich festgehalten: «Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und

die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben.» Bereits diese Eingangsdefinition sei im Fall des Beschwerdeführers nicht erfüllt. Entsprechende Beeinträchtigungen würden zu keinem Zeitpunkt in den Akten beschrieben und seien am 26. Februar 2015 auch nicht vorhanden gewesen. Auch anlässlich der aktuellen Untersuchung am 1. November 2017 sei der Beschwerdeführer im Denken und Wahrnehmen, in der Affektivität und Kognition sowie in seinen «menschlichen Grundfunktionen» vollständig unauffällig gewesen. Nur von med. pract. J.____ würden erst- und einmalig im August 2004 die Symptome «wahnhaft anmutende» Kränkbarkeit, wahnhafte Verkennung mit tätlichem Angriff, dialogisierende und kommentierende Stimmen und optische Wahrnehmungsstörungen attestiert. Er stelle dann im Dezember 2005 deren Verbesserung fest und bestätige dies im April 2012. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen würden aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht dazu nicht formuliert. Gemäss Gutachten vom 29. September 2016 von Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, spez. Rheumaerkrankungen, nenne der Beschwerdeführer «komische Träume», die angstauslösend seien und den Schlafrythmus stören würden. Dabei habe er «das Gefühl, als wenn jemand auf seinen Körper liegen würde». Objektive psychopathologische Befunde würden nicht dokumentiert. Anlässlich der aktuellen Untersuchung am 1. November 2017 nenne der Beschwerdeführer neben der Belastung durch eine Untersuchungshaft, dass er unter «Platzangst» und «Panikattacken» leide. Objektive psychopathologische Befunde seien ebenfalls nicht vorhanden. Sodann vermögen auch die von Dr. med. D.____ gemachten Schlussfolgerungen in den Gutachten vom 2. April 2015 und 18. Januar 2018 zu überzeugen: Die vorliegende Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) und die damit verbundenen v.a. subjektiven Defizite im Fall des Beschwerdeführers begründeten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (für jede Art von ausserhäuslicher Tätigkeit und für Arbeiten im Haushalt). Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/ oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/ oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Im Gegenteil könnten die Angaben des Beschwerdeführers zur vollständigen Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Tabak, Alkohol und Drogen) als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen gewertet werden. Der Beschwerdeführer beschreibe selbst eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben – wenn auch subjektiv beeinträchtigt (bspw. einkaufen und spazieren gehen, Restaurants besuchen, Reisen unternehmen, Fussballmatch und Tagesschau sehen). Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der v. a. rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien eine Verdeutlichungstendenz und vielfältige psychosoziale Faktoren (bspw. Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Schulden, Lebensalter) bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie würden auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren

Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erklären. In diesen Zusammenhang sei auch die im Februar 2015 erkennbare Aggravation (Verdeutlichungstendenz) bzw. die im November 2017 (bewusstseinsnah) fehlende Mitwirkung einzuordnen. Diese Gesichtspunkte besässen allfällig therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz, gingen aber nicht (weder positiv, noch negativ) in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein (krankheitsfremd). Im Vergleich zur Beurteilung gemäss dem Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____ sei somit eine wesentliche Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands im Fall des Beschwerdeführers festzustellen. Die ehemals attestierte depressive Episode sei remittiert. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. Februar 2015) ausgegangen werden. Ob (und gegebenenfalls ab wann genau) bereits zwischen Oktober 2004 und Februar 2015 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers angenommen werden könne, sei jedoch aufgrund unzureichender Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht anzugeben. Gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 2. April 2015 resp. der Untersuchung vom 26. Februar 2015 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person nicht erheblich verändert.

7.2.2 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert der Gutachten von Dr. med. D.____ nicht zu schmälern. Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei direkt aus der Untersuchungshaft polizeilich zum Gutachter geführt worden. Es sei offensichtlich, dass in einer solchen Belastungssituation keine abschliessende, unverfängliche oder objektive Abklärung möglich sei. Zudem sei ein Gutachter unter dem Eindruck eines zugeführten Untersuchungshäftlings nicht gleich unbeeinflusst, wie wenn ein unbelasteter Explorand zur Beurteilung erscheine. Dem ist vorweg entgegenzuhalten, dass sich aus dem Gutachten von Dr. med. D.____ keine Hinweise ergeben, dass dieser durch die genannten Umstände in seiner Beurteilung beeinflusst gewesen wäre. Zudem handelte es sich bei der vorgenannten Begutachtung bereits um die zweite Begutachtung von Dr. med. D.____. Bei der ersten Untersuchung durch Dr. med. D.____ im Jahr 2015 war der Beschwerdeführer noch nicht in Untersuchungshaft. Im Verlaufsgutachten vom 18. Januar 2018 stützte sich Dr. med. D.____ auch auf seine Beurteilung vom 2. April 2015 und kam zum Schluss, dass seit dem ersten Gutachten keine Verschlechterung eingetreten sei. Dies wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Es ist zwar durchaus nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Untersuchungshaft von einer Belastungssituation spricht. Aber dass dadurch die Resultate der Untersuchung verfälscht würden, bzw. – aus versicherungsmedizinischer Sicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers – allenfalls sogar besser dargestellt würden, als sie tatsächlich waren, ist kaum anzunehmen. Vielmehr wäre es nachvollziehbar, wenn durch Untersuchungshaft die geltend gemachte Depressivität verschlimmert würde, was von Dr. med. D.____ aber nicht bestätigt werden konnte. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, er habe bei der Begutachtung im November 2017 ausdrücklich gesagt, dass er sich angesichts der Situation nicht in der Lage sehe, offen Auskunft zu geben. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich aber nachvollziehbar festgehalten hat, hat die Begutachtung im alleinigen Beisein von Dr. med. D.____ und ohne Anwesenheit eines Polizisten stattgefunden. Ein Grund, warum sich der Beschwerdeführer nicht hätte öffnen können, ist somit nicht ersichtlich. Zudem kann im Zusammenhang mit der Begutachtung trotz Untersuchungshaft nicht von einer unzumutbaren medizinischen Massnahme gesprochen werden. Insofern der

Beschwerdeführer sodann rügt, die Untersuchung bei Dr. med. D.____ habe lediglich 15 Minuten gedauert, ist festzuhalten, dass Dr. D.____ in seinem Gutachten von einer Untersuchungsdauer von 45 Minuten spricht. In diesem Zusammenhang ist anzufügen, dass selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters anzeigt, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Unterhaltung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich der psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____ bejaht werden kann, überdies ging es auch um ein Verlaufsgutachten. Weiter verlangt der Beschwerdeführer, es seien die Handnotizen von Dr. med. D.____ beizuziehen oder dieser als Zeuge zu befragen. So sei es angesichts der kurzen Untersuchungsdauer absolut erstaunlich, dass Dr. med. D.____ derart ausführlich von Schilderungen des Beschwerdeführers berichte. Insbesondere mache er den Anschein, dass er diese Information auch vom Versicherten zu hören bekommen habe. Ausdrücklich gebe er jedoch auch an, dass er seine persönlichen Handnotizen hinzugezogen habe. Damit werde bewiesen, dass der Beschwerdeführer wegen unzumutbaren Umständen keine Angaben habe machen können. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich aus Art. 29 Abs. 2 BV nach ständiger Rechtsprechung kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten ergibt, die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und denen kein Beweischarakter zukommt (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 478, 125 II 473 E. 4a S. 474 f., 115 V 297 E. 2g/aa S. 303). Demgemäss besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, z.B. schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde (Urteil des Bundesgerichts 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5.1.2; vgl. auch Niklaus Schmid, Einige Aspekte der naturwissenschaftlichen Gutachten aus der Sicht der Schweizerischen Strafprozessordnung, AJP 2010 819 ff., 826). Es ist dem Gutachter überlassen, mit welcher Arbeitsweise er ein Gutachten erstellt – sei es beispielsweise durch Handnotizen oder allfällige – durch die versicherte Person genehmigte – Audioaufnahmen. Schlussendlich bleibt nur relevant, was in das schriftliche Gutachten mit einfließt. Der Gutachter entscheidet selbst, in welcher Form seine Notizen und Überlegungen im Gutachten Eingang finden. Es ist davon auszugehen, dass ein Gutachter nach einer Untersuchung auch gestützt auf seine Notizen eine abschliessende Gesamtwürdigung vornimmt. Allfällige vorgängig erstellte Notizen sind deshalb in einer gerichtlichen Beurteilung nicht mit einzubeziehen und auch nicht relevant. Wie die Beschwerdegegnerin zudem korrekt ausgeführt hat, wurde das nachfolgende Verlaufsgutachten von Dr. med. D.____ nicht deswegen veranlasst, weil eine mögliche gesundheitliche Verschlechterung bzw. neue Diagnosen zur Diskussion standen, sondern weil das erste Gutachten bereits am 2. April 2015 erstellt worden war und damit im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung nicht mehr genügend aktuell gewesen wäre, um alleine auf dieses abstellen zu können. Das bedeutet aber nicht, dass dieses aufgrund dessen weniger beweiswertig wäre. Zusammen mit dem Verlaufsgutachten vom 18. Januar 2018 stellt dieses eine genügende Entscheidungsgrundlage dar, um den vorliegenden Fall beurteilen zu können. Wenn nun der Beschwerdeführer sich anlässlich der Verlaufsbeurteilung weigerte, Angaben zu machen, bzw. nur teilweise Angaben machte – was im Übrigen im Gutachten von Dr. med. D.____ vom 18. Januar 2018 offen kommuniziert wurde (S. 7 des Gutachtens) – dann hat dies nicht zur Folge, dass dem Verlaufsgutachten kein Beweiswert zukäme. Vielmehr ergibt sich eine

revisionsrelevante Verbesserung rechtsgenügend bereits aus dem Gutachten von Dr. med. D.____ vom 2. April 2015. Wenn der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufsbeurteilung seine Mitwirkung (teilweise) verweigert, so ergibt dies allenfalls eine Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers bzw. im Resultat, dass seit dem Gutachten vom 2. April 2015 keine Verschlechterung erstellt ist. So hat der Beschwerdeführer eine aufgrund seiner mangelnden Mitwirkungspflicht allfällig resultierende Beweislosigkeit selbst zu tragen. (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 222 mit Hinweisen). Die beiden Gutachten von Dr. med. D.____ stellen aber selbst mit einer allenfalls mangelhaften Mitwirkung des Beschwerdeführers anlässlich der Verlaufsbeurteilung eine hinreichende Grundlage zur Beurteilung des vorliegenden Falles dar. Sodann musste Dr. med. D.____, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, in seinem Gutachten keine Indikatorenprüfung vornehmen. So kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf eine solche verzichtet werden, wenn wie vorliegend keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (BGE 141 V 281 E. 2 5. 285 ff.). Da zudem Dr. med. E.____ als rheumatologischer Gutachter nur somatische Diagnose stellt – wobei auch diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben – ist diesbezüglich ohnehin keine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Schliesslich vermag der den Gutachten von Dr. med. D.____ entgegenstehende Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. F.____, vom 28. März 2014, deren Beweiswert nicht zu schmälern. Dr. med. F.____ postulierte zwar eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 80 – 100 %, begründete seine Einschätzung aber kaum. Diese lässt sich auch nicht auf seine spärlichen Befunderhebungen stützen. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. F.____ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Demnach ist auf die voll beweismässigen Gutachten von Dr. med. D.____ abzustellen. Im Übrigen ist die Rüge des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar, wonach seine Mitwirkungsrechte verletzt worden seien, da er von der Beschwerdegegnerin nicht darauf hingewiesen worden sei, dass er den vorgeschlagenen Gutachter ablehnen könne, und er keine Möglichkeit gehabt habe, zu den Fragen Stellung zu nehmen und Ergänzungsfragen zu stellen. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu korrekt entgegnet hat, ist der Beschwerdeführer bereits bei der ersten Beurteilungsanordnung im Jahre 2014 mit Schreiben vom 29. August 2014 (IV-Nr. 63) auf seine Rechte hingewiesen worden: Dr. med. D.____ sei als Gutachter vorgeschlagen worden und der Beschwerdeführer habe Frist für Einwendungen gegen die Beurteilung erhalten, gegen die vorgesehene Fachdisziplin sowie die beurteilende Person. Zudem habe er den Fragekatalog und den Hinweis erhalten, dass er Zusatzfragen stellen könne. Auch für die geplante Beurteilung bei Dr. med. G.____ sowie das Verlaufsgutachten bei Dr. med. D.____ habe er das entsprechende Schreiben (Briefe vom 21. Dezember 2015 bzw. 9. Januar 2017; IV-Nr. 99) erhalten. Gegen die Beurteilung durch Dr. med. G.____ setzte er sich denn auch erfolgreich zur Wehr (vgl. IV-Nr. 89). Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, die Vorinstanz begründe ihren Entscheid damit, dass gegen ihn eine Strafuntersuchung wegen verschiedener Delikte laufe, womit sie die Unschuldsvermutung eklatant verletze. Dieser Argumentation kann jedoch nicht gefolgt werden: Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist die IV-Stelle gehalten, durch Erkenntnisse zu berücksichtigen, die in einem anderen (z.B. strafrechtlichen) Verfahren gewonnen werden. Dabei geht es – ausser bei der allfälligen Frage nach der längeren strafrechtlichen Verjährungsfrist nach Art. 25 Abs. 2 ATSG – nicht

um die von der Unschuldsvermutung erfasste Frage, ob sich die versicherte Person strafbar gemacht hat, sondern um Informationen, die im entsprechenden Verfahren gewonnen wurden. Zudem war die fragliche Erwägung für den in der Verfügung vom 13. April 2018 enthaltenen Revisionsentscheid nicht massgebend, sondern sie diente einzig dem Hinweis, dass allenfalls auch eine rückwirkende Aufhebung infrage kommen könnte. Demnach ist zusammenfassend festzuhalten, dass gestützt auf die beweiswertigen Gutachten von Dr. med. D. ___ eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt ist und dem Beschwerdeführer wieder eine Arbeitstätigkeit – sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit – in einem vollen Pensum zuzumuten ist. Die Rentenaufhebung ist somit nicht zu beanstanden, womit die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen ist. 8. Umstritten ist schliesslich der Zeitpunkt der Rentenaufhebung. Während in der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats – also per 31. Mai 2018 – aufgehoben wurde, stellt sich die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 5. März 2019 auf den Standpunkt, aufgrund der getätigten Strafuntersuchungen sei belegt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit Januar 2014 verbessert habe, womit die Rente im Sinne von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV bereits per 1. Januar 2014 aufzuheben sei. Wie bereits mit Verfügung vom 15. November 2018 (A.S. 50 f.) festgehalten, ist der Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Oktober 2018 wegen des mit der Beschwerdeerhebung verbundenen Devolutiveffekts als solcher unwirksam. Er stellt nur einen Antrag an das Gericht dar, im Sinne des Vorbescheids zu entscheiden und die Rente, über die Verfügung vom 13. April 2018 hinausgehend, rückwirkend ab 1. Januar 2014 aufzuheben (vgl. Urteil des Bundesgerichts P 7/02 vom 12. März 2004 E. 3.2 [SVR 2005 EL Nr. 3 S. 9 f.]). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers gehört der Zeitpunkt der Rentenaufhebung zum Streitgegenstand, über welchen das Versicherungsgericht grundsätzlich in freier Kognition entscheiden kann. Das Versicherungsgericht hat die Akten der gegen den Beschwerdeführer laufenden Strafuntersuchung beigezogen, worin dem Beschwerdeführer Nötigung (Art. 181 StGB), Geldwäscherei (Art. 305 bis Ziff. 2 StGB), Verbrechen gegen das Spielbankengesetz (Art. 55 Abs. 2 SBG), Menschenhandel (Art. 182 Abs. 1 StGB), Qualifizierte Widerhandlungen gegen das AuG (Art. 116 Abs. 3 AuG) sowie Widerhandlungen gegen das Bundesgesetz gegen Lotterien und die gewerbsmässigen Wetten (Art. 42 LG) vorgeworfen werden (vgl. STA.2016.3603, 2.1.1, Strafanzeige der Kantonspolizei Solothurn vom 11. Juni 2018). Gestützt auf diese Akten und insbesondere angesichts der vom Beschwerdeführer in der Untersuchungshaft gemachten Aussagen (vgl. STA.2016.3603, 10.1, Einvernahmen des Beschwerdeführers vom 7., 22. und 27. Dezember 2017) ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bereits seit Jahren ein bei weitem rentenausschliessendes Einkommen erzielt hat, womit die IV-Stelle, wäre ihr dies bekannt gewesen, die Rente auch rückwirkend hätte einstellen können, und nicht erst per Ende Mai 2018 wie in der vorliegend angefochtenen Verfügung. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der Einvernahme vom 27. Dezember 2017 an, er habe durch das Geschäft mit den Wetten und den Glücksspielautomaten «[...]» im Durchschnitt pro Monat vielleicht CHF 11'000.00 bis 12'000.00 verdient. Soweit ersichtlich, wurde dieses Einkommen der Beschwerdegegnerin zu keinem Zeitpunkt gemeldet. Damit steht eine Verletzung der Meldepflicht nach Art. 31 ATSG und Art. 77 IVV zur Diskussion, welche gemäss Art. 88 Abs. 2 lit. b IVV eine rückwirkende Rentenaufhebung nach sich ziehen könnte. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 13. April 2018 ist deshalb hinsichtlich des Zeitpunktes der Rentenaufhebung insofern aufzuheben, als die Sache in

diesem Punkt im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie weitere Abklärungen in Bezug auf einen allfälligen früheren Aufhebungszeitpunkt vornimmt und hiernach neu darüber entscheidet. Das in diesem Zusammenhang gebotene Vorgehen (BGE 137 V 314) ist erfolgt. In Bezug auf den Anspruch ab 1. Juni 2018 ist ein gerichtlicher Teilentscheid zu fällen (vgl. BGE 135 V 141). 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 8

Schlaf-Apnoe-Syndrom Die klinische Symptomatik sei weitgehend unverändert. Als neue Diagnose sei ein Schlaf-Apnoe-Syndrom diagnostiziert worden. Psychiatrisch werde der Beschwerdeführer seit einem Jahr von Dr. med. F.____ in [...] behandelt. Im Vordergrund stünden weiterhin die psychischen Probleme des Beschwerdeführers, welche eine Wiederaufnahme seiner Arbeit verhindern würden. 6.2.2 Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. März 2014 (IV-Nr. 58) eine schizoaffektive Störung, depressiver Typ (F25.10). Der Beschwerdeführer sei seit 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Er fühle sich müde und hilflos. Er habe täglich Ängste und manchmal habe er während der ganzen Nacht akustische Halluzinationen. Er habe Konzentrationsschwierigkeiten. Er sehe der Zukunft pessimistisch entgegen. Er fühle sich verfolgt. Die bisherige Tätigkeit könne nicht mehr ausgeübt werden. 6.2.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 69.1) wurde die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/F33.4) gestellt. Im Vergleich zur Beurteilung gemäss Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Bern, sei eine wesentliche Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands festzustellen. Die ehemals attestierte depressive Episode sei remittiert. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. Februar 2015) ausgegangen werden. Die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien am 26. Februar 2015 gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer emotional expressiv, narzisstisch, sthenisch und dominant. Er berichte weitschweifig. Seine (manchmal bildhaften) Angaben zu den subjektiven Beschwerden und zu deren Verlauf blieben allgemein, vage, oberflächlich und unklar. Daten würden ungenau genannt. Im Affekt sei der Beschwerdeführer klagsam. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen. Es sei im Fall des Beschwerdeführers somit zusammenfassend von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (F32.4/F33.4) entwickelt habe. Die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers würden zudem von vielfältigen sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten. Die Angst und depressive Störung gemischt führe im Fall des Beschwerdeführers aufgrund der objektiv sehr gering ausgeprägten rein subjektiven Symptome nicht zu einer relevanten (mehr als 20 % von 100 %) Minderung der Arbeitsfähigkeit. 6.2.4 Im Bericht betreffend MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. November 2015 (IV-Nr. 83) wurde festgehalten, am lumbosakralen Übergang, vor allem

bei LWK4/5 bestehe ein subligamentäres Diskusbulging mit L4/5 rezessal beidseitigem Wurzelkontakt ohne Nachweis einer manifesten Neurokompression. Es bestünde kein frei perforierter sequestrierter Bandscheibenvorfall und keine Neurokompression. Es sei eine mässige Spondylarthropathie feststellbar.

6.2.5 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 29. September 2016 (IV-Nr. 91) wurde festgehalten, aus rein rheumatologischer Sicht sei keine Gesundheitsstörung mit Auswirkung auf die Definition der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufzuführen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: - Rezidivierend exazerbierendes und partiell chronifiziertes, posttraumatisch aufgetretenes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: · Status nach Rücken-/Gesässkontusion am 8. September 2001 · wechselnd intensiver ischialgiformer Schmerzausstrahlung beidseits · wenig ausgeprägter degenerativer Diskopathie L4/5 und L5/S1, subligamentärer Diskusprotrusion L4/5, ohne Nachweis einer Neuro- oder Myelonkompression, mit rezessal beidseitigem Kontakt zur Wurzel S1 rechtsbetont (MRT der LWS von 2001 und 11/2015) · Status nach einmaliger epiduraler Instillation von 80mg Kenacort am 7. August 2003 - Status nach Sakraldermoidoperation - Status nach Nasenseptumkorrektur 2001 - Status nach Leistenhernien-Operation rechts 1997 - Status nach Varikozelen-Operation links wegen Oligoteratozoospermie 30. August 2011 - Bekannte benigne Prostatahyperplasie mit rezidivierender Prostatitis, Urge-Symptomatik, Pollakisurie und erektilen Dysfunktionen - Status nach Sigmadiverticulitis 11/2010 - Schlaf-Apnoe-Syndrom - Hyperopie mit Astigmatismus 21. Juni 2005 - Anamnestisch Migräne 25. Oktober 2007 - Chronische Ulcus duodeni Krankheit mit rezidivierendem Ulcus duodeni, narbigen Veränderungen im Bulbus duodeni, leichtgradiger postbulbärer Duodenalstenose und Antrumgastritis bei Helicobacterpylori Infektion (Ösophagogastroduodenoskopie vom 23. Mai 2008) - Status nach Divertikulitis ohne Peritonitis (12. Januar 2010) - Arterielle Hypertonie Aus rheumatologischer Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass keine relevante Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit bestehe, dies sowohl für die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter in der Spedition (Lagermitarbeiter) der L.____ als auch in einem dem Leiden angepassten Tätigkeit. Diese Einschätzung habe Gültigkeit ab 2002, als die psychiatrische Komorbidität in den Vordergrund getreten sei und massgeblich die Arbeitsunfähigkeit begründet habe. Aus prognostischer Sicht ergäben sich keine somatischen Gesundheitsstörungen am Bewegungsapparat, die mit einer schlechten Prognose assoziiert seien. Gegenüber der Rentensprechung habe sich die Schmerzsituation an der Wirbelsäule wesentlich verbessert. Ferner müsse anerkannt werden, dass die damaligen Rentenanpassungen in erster Linie wegen der psychiatrischen Komorbidität erfolgt seien.

6.2.6 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. D.____ vom 9. August 2018 (IV-Nr. 139) wurde festgehalten, es sei weiterhin von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) auszugehen, die sich bei einer weiterhin remittierten depressiven Störung (F32.4/ F33.4) entwickelt habe. Die Einschätzung einer positiven Prognose im Gutachten vom 2. Oktober 2004 von Dr. med. C.____ habe sich erfüllt. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden zudem von vielfältigen sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten (aktuell u. a. durch eine Untersuchungshaft). Eine depressive Episode gemäss ICD-10 könne nicht attestiert werden. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die (subjektive) Verstimmung des Beschwerdeführers und seine ablehnende Grundhaltung würden alleine nicht ausreichend

eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33 begründen. 7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 29. September 2016 sowie die psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____ vom 2. April 2015 und 9. Januar 2018 stützt, ist vorweg deren Beweiswert zu prüfen. 7.1 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 29. September 2016 wurde ausgeführt, am Bewegungsapparat bestehe ein rezidivierend exazerbierendes und partiell chronifiziertes, posttraumatisch aufgetretenes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Rücken-/Gesässkontusion am 8. September 2001, wechselnd intensiver ischialgiformer Schmerzausstrahlung beidseits, konventionell-radiologisch und magnetomographisch wenig ausgeprägter degenerativer Diskopathie L4/5 und L5/S1 und einer subligamentären Diskusprotrusion L4/5, ohne Nachweis einer Neuro- oder Myelonkompression. Gestützt darauf kam Dr. med. E.____ in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, aus der funktionellen Optik bestehe nur eine geringfügige Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule ohne klinische Hinweise auf eine Segmentinstabilität respektive muskuläre Haltungsinsuffizienz. Im Übrigen seien keine weiteren Pathologien am Bewegungsapparat mit Funktionsdefiziten objektivierbar. Auch aus intermedizinischer Sicht seien keine Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erkennen. Die anlässlich der Begutachtung vorgefundene Blutdruckerhöhung sei kontrollbedürftig und bei dokumentierter Persistenz therapiebedürftig. Die wahrscheinlich vorliegende arterielle Hypertonie habe keinen Einfluss auf die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung steht denn auch im Einklang mit den übrigen den somatischen Gesundheitszustand betreffenden Arztberichten. Zudem wird die Schlussfolgerung im Gutachten von Dr. med. E.____ auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Im Übrigen ist aus somatischer Sicht im Vergleich zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung am 23. Januar 2006 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes erstellt. Wie Dr. med. E.____ hierzu ausführte, habe seine aktuelle Einschätzung Gültigkeit ab 2002, als die psychiatrische Komorbidität in den Vordergrund getreten sei und massgeblich die Arbeitsunfähigkeit begründet habe. Die Rentenzusprechung erfolgte denn auch fast ausschliesslich aus psychiatrischen Gründen. So geht aus den damaligen Berichten hervor, dass die Beschwerden nach dem Unfallereignis von 2001 bald nicht mehr objektivierbar waren und psychisch überlagert wurden (vgl. E. II. 6.1.1. und 6.1.2 hiervor). Gestützt auf das beweiswertige Gutachten von Dr. med. E.____ ist demnach davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer weder im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung am 23. Januar 2006 noch im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 somatische Diagnosen mit einer relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlagen.

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