

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01268 vom 6. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01268

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01268 du 6 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01268 del 6 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V

547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliesst (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

E. 1.4

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerz leiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichtes 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmeizrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

Eine leichte depressive Episode stellt nach der Gerichtspraxis keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.5

Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifelhafte Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichtes 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit zulässig sei, ist vom Rechtszustand auszugehen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389).

E. 1.6

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes

erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.7

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 8. Dezember 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. November 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm die bisherige Rente weiterhin auszurichten. Ferner beantragte er die unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2 Mitte). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 11. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2015 (Urk. 2) fest, dass der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers bei der Rentenzusprache weder auf seine Dauerhaftigkeit noch auf Überwindbarkeit geprüft worden sei, weshalb

eine Wiedererwägung in Betracht falle. Mit dem A.____-Gutachten vom August 2015 sei aber auch eine Verbesserung des Gesundheitsschadens festgestellt worden. Ein Revisionsgrund liege also vor. Im A.____-Gutachten sei die körperliche Beeinträchtigung aus orthopädischer Sicht weder erklärt noch begründet worden. Eine Einschränkung sei somit nicht nachvollziehbar (S. 2 unten). Aus psychiatrischer Sicht könne kein eigenständiger Gesundheitsschaden abgeleitet werden. Die depressive Störung mit leichter Episode sei nicht langandauernd. Zudem bestehe hier noch eine nieder frequente Therapie, welche intensiviert werden könne und wodurch eine weitere Verbesserung erreicht werden könne. Es sei von keinem eigenständigen Gesundheitsschaden auszugehen. Die chronische Schmerzstörung als solche habe keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ressourcen würden vor allem in der Freizeitgestaltung vorliegen. Hierbei bestehe eine Diskrepanz. Diese Ressourcen könnten auch im erwerblichen Bereich aktiviert werden (S. 3 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich hingegen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die sogenannte Paus bonog-Rechtsprechung vorliegend nicht greife, da aufgrund der eingereichten medizinischen Berichte, Stellungnahmen und zwei erstellten Gutachten eine Verschlechterung bildgebend nachgewiesen worden sei und die Depression als eigenständiges Krankheitsbild klar komorbid ausgewiesen werde (S. 5 Ziff. 3.1). Selbst unter Anwendung der bestrittenen Pausbonog-Rechtsprechung habe das Bundesgericht mit Urteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) seine Schmerzrechtsprechung geändert. Gemäss dem neuen strukturierten Beweisverfahren

ergehe in seinem Fall aufgrund beider Begutachtungen und der Arztberichte, dass die Bewertung anhand des Indikatorenkataloges massgebliche Aspekte psychosomatischen Leidens umfasse und für ihn objektiv unüberwindbar seien (S. 6 Ziff. 3.2). Es liege keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit vor, sondern ein an sich gleich

gebliebener Gesundheitszustand, der lediglich anders bewertet worden sei. Deshalb habe kein Revisionsgrund vorgelegen. Er habe demnach weiterhin Anspruch auf mindestens eine halbe Rente (S. 7 f. Ziff. 3.3, Ziff. 4). 3. 3.1

Der am 16. April 2013 verfügte Rentenzusprache (Urk. 7/144) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. B.____ führte in seinem Schreiben vom 21. Oktober 2010 (Urk. 7/103/6) aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Der allgemeine und psychische Zustand impliziere weiterhin eine mindestens 60-80%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Begutachtung wäre indiziert.

3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. D.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, E.____, nannten in ihrem Bericht vom 24. Januar 2011 (Urk. 7/110/6-8) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei - chronisches spondylogenes Syndrom bei Status nach Sequesterektomie L5/S1 rechts, Hemilaminotomie L5 rechts am 8. Juni 1998 - breitflächig rechts paramediane Protrusion bis beginnende Hernie L4/5 - postoperativ

fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 - kleine rechtsparamediane Hernie mit subligamentärer Luxation von wenig Diskusmaterial nach kaudal L5/S1 - Kontakt zur S1 Wurzel rechts ohne eindeutige Verlagerung/Kompression - Status nach Morbus Scheuermann thorakolumbal - cervikocephales und cervicospondylogenes Syndrom rechts

Der Beschwerdeführer sei seit 31. März 1998 zu 100 % arbeitsunfähig wegen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Depression. Er sei heute für den Beruf als Gartenbauer, aber auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Störung sei deutlich chronifiziert, die Schmerzen würden zunehmen und die Depression sei etwa konstant, weshalb die Prognose schlecht sei (S. 1 Mitte). 3.4

Die Ärzte des F.____ nannten in ihrem Bericht vom 18. Mai 2011 (Urk. 7/113) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - cervicocephales Syndrom mit/bei - Spondylarthrose C3/4 - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - Status nach Hemilaminotomie und Resektion mediolateraler Diskushernie L5/S1 am 8. Juni 1998 - L3/4 dehydrierter Diskus - L4/5 dehydrierter Diskus mit breitbasiger Diskusvorwölbung und Kontakt zur Nervenwurzel L5 recessal beidseits, rechtsbetont - L5/S1 deutlich höhengeminderter Diskus mit einer paramedian rechts gelegenen Diskushernie, Kontakt zur Nervenwurzel S1 recessal rechts, deutliche Osteochondrose Modic Typ 1 - diskrete Signalanhebungen in den STIR Sequenzen an der Vorderkante L2-4, Differentialdiagnose Romanus-Läsionen, im Rahmen einer unspezifischen seronegativen Spondylarthropathie - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Gärtner zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie des gescheiterten Arbeitsversuches 2007 über drei Monate in der Reinigung sei er auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 unten).

3.5

Die Ärzte des Z.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen interdisziplinäre Gutachten am 6. Dezember 2011 (Urk. 7/119) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 14 ff. Ziff. 3) und auf die während des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers im Z.____ vom 24. bis 27. Oktober 2011 (S. 1 unten) durchgeführten allgemeinmedizinischen (S. 19 f. Ziff. 4.1), rheumatologischen (S. 20 ff. Ziff. 4.2) und psychiatrischen (S. 26 ff. Ziff. 4.3) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33 f. Ziff. 5.3.1): - chronisches lumbovertebrales Syndrom - mit intermittierender spondylogener Ausstrahlung nach rechts - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 mit Hemilaminektomie L5/Sequesterektomie L5/S1 rechts am 8. Juni 1998 - im MRI Lendenwirbelsäule vom 29. April 2010 Diskusprotrusion L4/5, Osteochondrose L5/S1, kleine rechts mediolateral gelegene Diskushernie, deutliche hypertrophe Spondylarthrosen beidseits - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - mittelgradige depressive Episode

Die Gutachter führten zum Verlauf aus somatischer Sicht aus, dass im Jahr 2008 noch eine in ihrem Ausmass eher geringfügige degenerative Veränderung im Lendenwirbelsäulen-Bereich vorgelegen habe. Im Jahr 2010 seien deutliche degenerative Erscheinungen der L4/5 und zunehmend solche auch am lumbosacralen Übergang zum

Vorschein gekommen. Zusammengefasst sei davon auszugehen, dass ungefähr um das Jahr 2009 eine Verschlechterung sowohl der Belastbarkeit als auch der Beweglichkeit des Achsenorgans eingetreten sei. Aus psychiatrischer Sicht hätten sie einen Beschwerdeführer in depressiver Stimmung vorgefunden mit vermindertem Antrieb, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Nach eigenen Angaben leide der Beschwerdeführer auch unter Suizidgedanken. Auf der anderen Seite hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Konzentrationsstörungen nicht objektiviert werden können. Zusammengefasst bestehe heute eine depressive Symptomatik mit vermindertem Antrieb, vermehrter Schmerzwahrnehmung, Verzerrung der Realität in depressiver Weise mit Selbstvorwürfen und Verlust des Selbstwertgefühls und gedanklicher Einengung. Es sei davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer ursprünglich nicht gelungen sei, seine Schmerzen adäquat zu verarbeiten. Er sei immer als Gärtner tätig gewesen, mit mittelschwerer bis schwerer Arbeit betraut. Unter der psychosozialen Belastung sei er dann im Verlaufe der Jahre wahrscheinlich auch nach und nach depressiv geworden, was dann im Jahr 2009/2010 manifestiert worden sei und ihn in entsprechende Behandlung gebracht habe (S. 35 Ziff. 5.3.3).

In somatischer Hinsicht sei die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Achsenorgans bei Fortschreiten der degenerativen Veränderung deutlich reduziert. Die angestammte Tätigkeit als Gärtner komme nicht mehr in Frage. Der Beschwerdeführer sei in seiner ursprünglich ausgeübten Tätigkeit praktisch arbeitsunfähig. Ein Gärtner müsse in der Lage sein, repetitiv schwere Gewichte heben und tragen zu können, was dem Beschwerdeführer seit der Rückenoperation 1998 nicht mehr zumutbar sei. Eine rückenadaptierte Tätigkeit sei ihm jedoch aufgrund der Aktenlage bis ins Jahr 2009 noch weitgehend zumutbar gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer ebenfalls bis ins Jahr 2009 in seinen psychischen Funktionen nicht derart eingeschränkt gewesen, dass er die somatisch ausgewiesene Leistungsfähigkeit nicht hätte erbringen können. Zu einer entscheidenden Verschlechterung sei es im Jahr 2009 gekommen, sei es durch fortschreitende degenerative Veränderungen am Achsenorgan, durch Verstärkung auch der Schmerzwahrnehmung und nun neu durch das Auftreten der depressiven Störung. Zweifellos hätten dabei auch psychosoziale Schwierigkeiten eine Rolle gespielt. Andererseits sei nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer psychisch dekompenziert wäre, wenn er körperlich noch voll leistungsfähig gewesen wäre. Die depressive Symptomatik mit vermindertem Antrieb, vermehrter Schmerzwahrnehmung, Verzerrung der Realität und gedanklicher Einengung führe zu verminderter Fähigkeit, sich realitätsgerecht auf gestellte Angaben zu konzentrieren und diese dann auch zu bewältigen (S. 35 f. Ziff. 6).

Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2009 für eine rückenadaptierte, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselhaltung aus rheumatologischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht sei ihm eine entsprechende Präsenzzeit an einem Arbeitsplatz ebenfalls zuzumuten, doch würde die Leistungsfähigkeit durch vermehrten Pausenbedarf, respektive Verlangsamung auf 50 % reduziert. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit betrage seit zirka Mitte 2009 mithin 50 % (S. 36 Ziff. 6).

Die Gutachter führten ergänzend aus, dass psychosoziale

Faktoren bei der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sicher mitbeteiligt seien, aber nicht das ursprünglich hauptsächliche Problem darstellen würden. Es bestehe ein kombiniertes somato-psychisches Leiden mit entsprechenden Auswirkungen auf die psychosoziale Umgebung des Beschwerdeführers (S. 38 Ziff. 12.3). Zur chronischen Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren bestehe als Komorbidität eine depressive Störung. Zweifellose leide der Beschwerdeführer seit Jahren an chronischen körperlichen Begleiterkrankungen, insbesondere an den Folgen der degenerativen Erscheinungen am Achsenorgan. Von einem aus gewiesenen sozialen Rückzug könne nicht gesprochen werden. Hingegen könne gesagt werden, dass der Beschwerdeführer sowohl somatisch wie auch psychi atrisch behandelt worden sei und diese Behandlungsergebnisse unbefriedigend geblieben seien (S. 39 Ziff. 12.6). 3.6

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellung nahme vom 28. Dezember 2011 (Urk. 7/127/4-5) aus, dass das Z.____ Gutachten umfassend sei, auf der Anamnese und allseitigen Untersuchungen beruhe, die geklagten Beschwerden und die Vorakten berücksichtige, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend sei und die medizinischen Schl ussfolgerungen begründet seien. 3.7

Am 6. Dezember 2012 (Urk. 7/139/2) verwies der RAD-Arzt auf seine Stellung nahme vom 28. Dezember 2011 (vorstehend E. 3.6). Aus medizinischer Sicht bedürfe es keiner weiteren Begründung und Ergänzung.

3.8

Daraufhin erging die ursprüngliche Zusprache einer halben Rente ab 1. Mai 2011 (Urk. 7/144). Die Beschwerdegegnerin ging dabei davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 1998 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Dem Beschwerdeführer sei von 1998 bis 2009 eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar gewesen, weshalb für diesen Zeitraum kein eine Rente begründender Invaliditätsgrad resultiere. Seit 2009 sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit nur noch zu 50 % zumutbar. Die Beschwerdegegnerin errechnete einen Invaliditätsgrad von 54 % (vgl. Urk. 7/140). 4. 4.1

Im Anschluss an die im Mai 2014 eingeleitete Rentenrevision (vgl. Urk. 7/161) ergingen die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. B.____ nannte in seinem Bericht vom 21. Juni 2014 (Urk. 7/163/6-7) die fol genden Diagnosen (S. 1 Mitte): - cervicocephales Syndrom mit/bei Spondylarthrose C3/4 - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - Status nach Hemilaminektomie und Resektion mediolateraler Diskus hernie L5/S1 am 8. Juni 1998 - L3/4 dehydrierter Diskus - L4/5 dehydrierter Diskus mit breitbasiger Diskusvorwölbung und Kontakt zur Nervenwurzel L5 recessal beidseits, rechtsbetont - L5/S1 deutliche höhengeminderter Diskus mit einer paramedian rechts gelegenen Diskushernie, Kontakt zur Nervenwurzel S1 recessal rechts, deutliche Osteochondrose Modic Typ 1 - diskrete Signalanhebungen in den STIR Sequenzen an der Vorder kante L2-4, Differentialdiagnose Romanus-Läsion, im Rahmen einer un spezifischen seronegativen Spondylarthropathie (MRI vom 29. April 2010) - mittelgradige depressive Episode - anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gleich geblieben, es habe sich nichts verändert (S. 1 Mitte). Das gereizt - depressive Zustandsbild gelte als Begleitzustand chronischer Schmerzen und die Behandlung sei naturgemäss schwierig, da die psychiatrische Komplikation durch die persistierenden Schmerzen aufrechterhalten werde. Der Beschwerdeführer habe mehrmals ver sucht zu arbeiten, jedoch ohne Erfolg. Die Wahrscheinlichkeit einer restitutio ad integrum sei kaum vorstellbar, die Prognose düster

und der Verlauf invalidisierend (S. 1 unten). Die Art und das Ausmass der vorliegenden somatischen Beschwerden sowie die schmerzbedingte psychische Störung und deren Funktionsdefizit impliziere langfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 oben).

4.3

Dr. C.____ und Dr. phil.

D.____ führten in ihrem Bericht vom 20. August 2014 (Urk. 7/171 = Urk. 3/8) aus, dass beim Beschwerdeführer eine nachweisbare organische Grundlage vorhanden sei. So leide er im Halswirbelsäulenbereich unter einer schmerzhaften Arthrose und im Lendenwirbelsäulenbereich unter einer Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel trotz Operation im Jahr 1998. Eine erneute Operation-Indikation sei vorhanden, was die beiden MRI-Bilder vom 2013 auch bestätigen würden. Dass die Depression sowie die Fehlverarbeitung der Schmerzen keine organische Grundlage hätten – es handle sich in beiden Fällen um psychiatrische Störungen – sei selbstverständlich. Daher handle es sich nicht um ein Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (S. 2 Mitte). Die Depression sei eine Folge der andauernden somatischen Schmerzen sowie der zunehmenden Unmöglichkeit, am Leben zu partizipieren. Die Depression habe sich im Laufe der langen Krankheitsdauer seit 2001 längst verselbständigt und würde mit Sicherheit auch weiterbestehen, sogar wenn die Schmerzen nicht mehr vorhanden wären. Die Depression sei heute auch vollständig unabhängig von den wechselnden Schmerzen und persistierend sowie therapieresistent, weshalb sie keine Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung sei (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten, (S. 2 unten). Die Störung sei nicht überwindbar (S. 3 oben).

4.4

Die Ärzte des A.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 31. August 2015 (Urk. 7/188 = Urk. 3/7) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff. lit. C), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 25 ff., S. 35 ff., S. 44 ff.), die von ihnen durchgeführten Untersuchungen (S. 1 unten) sowie auf ein orthopädisch-traumatologisches (S. 24 ff.), ein internistisches (S. 34 ff.) und ein psychiatrisches (S. 43 ff.) Teilgutachten.

Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. F.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, an der Grenze zu einer mittelgradigen Episode (ICD-10 F33.0) - lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - anamnestisch Status nach Hemilaminektomie und Resektion einer mehrfachfragmentierten und luxierten Diskushernie L5/S1 8. Juni 1998 mit anamnestisch unbefriedigendem Verlauf, postoperativ persistierende lumbosacrale Rückenbeschwerden - im aktuellen MRI der Lendenwirbelsäule vom 23. Juli 2015 aktivierter Morbus Bastrup L4/5, deutliche Spondylarthrosen mit Punctum maximum L4/5, vorbestehende Diskushernie L5/S1 mit fraglichem Kontakt zur absteigenden Nervenwurzel S1 rechts, vorbestehende Osteochondrose L5/S1 und vorbestehendem Anulus-Riss L4/5 - klinisch eingeschränkter Beweglichkeit und Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule ohne assoziierte sensomotorische Ausfälle - rumpfmuskulärer Dysbalance mit defizitärer Bauchmuskulatur

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41, S. 18 f.

Ziff. F.2).

Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsgärtner sei infolge der Rückenprobleme bei korreklierender MRI-Pathologie aufgehoben. Dem Beschwerdeführer seien rücken adaptierte leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar; somit keine Arbeiten in Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend und keine repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Bei Beachtung des Belastungsprofils bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % entsprechend einem uneingeschränkten Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (S. 31 f.) Aus internistischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 41).

Der Beschwerdeführer sei im Juni 1998 bei lumbalem Bandscheibenvorfall (L5/S1) am Rücken operiert worden. Er leide seitdem an ausgeprägten Rückenschmerzen. Die Schmerzsymptomatik sei organmedizinisch nicht vollständig erklärbar. Es gebe deutliche Hinweise für emotionale Faktoren und psychosoziale Belastungen, die entscheidend zwar nicht an der Entstehung, aber an der Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beteiligt seien. Der Beschwerdeführer habe die sozialen Konsequenzen des Rückenleidens (Verlust des Arbeitsinkommens, finanzielle Probleme) persönlichkeitsnah verarbeitet, habe Wertlosigkeitsgefühle entwickelt, insbesondere da er nicht mehr in finanzieller Hinsicht seine Familie habe versorgen können, was für ihn einen hohen Wert dargestellt habe. Zusammenfassend ergebe sich damit die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung im Sinne der Variante F45.41, mithin chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 49 oben).

Das Z.____-Gutachten vom Dezember 2011 (vgl. vorstehend E. 3.5) sei weitgehend plausibel. Relativ knapp gehalten sei die Darstellung der üblichen Tagesaktivitäten. Ansonsten habe damals noch eine etwas stärker ausgeprägte Depression als derzeit bestanden. Möglicherweise habe das daran gelegen, dass gemäss Vorgutachten das Hauptproblem die (damals 18-jährige) Tochter gewesen sei. Der Beschwerdeführer hätte damals berichtet, dass die Tochter nicht richtig lerne, lüge und nicht zu Hause helfe; der Beschwerdeführer liege ständig im Streit mit ihr. Inzwischen sei die Tochter ausser Haus (S. 50 oben). Der Bericht von Dr. C.____ und Dr. phil.

D.____ vom August 2014 (vgl. vorstehend E. 4.3) nehme insbesondere zu den organischen Hintergründen der Schmerzstörung Stellung. Es handle sich dabei aber eindeutig um fachfremde Beurteilungen. Mit Nachdruck werde ein Zusammenhang zwischen den Schmerzen und der Depression bestritten; diese Einschätzung sei wenig nachvollziehbar. Die Depression hänge ganz wesentlich mit der Schmerzsymptomatik, aber auch mit der schwierigen sozialen und finanziellen Situation zusammen. Bei Rückbildung der Schmerzsymptomatik wäre mindestens eine deutliche Besserung der Depression zu erwarten. Ob diese ganz verschwände, würde sicher davon abhängen, inwieweit sich die soziale Situation verbessern würde (S. 50 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht seien überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit geeignet. Bei rezidivierender depressiver Störung seien Nachtschichten sowie sehr unregelmässige Arbeitszeiten nicht geeignet. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit betrage aus rein psychiatrischer Sicht 60 % (S. 50 f.).

Im polydisziplinären Konsens sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfgärtner dauerhaft aufgehoben (S. 20 oben). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % (S. 20 Mitte). Im Vorgutachten sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit seit Mitte 2009 beschrieben worden. Insofern habe sich eine leichte Besserung eingestellt (S. 21 unten). 4.5

Dr. med. H.____, Facharzt für Anästhesiologie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 8. September 2015 (Urk. 7/190/3-4 = Urk. 3/9/3-4) aus, dass das A.____-Gutachten (vgl. vorstehend E. 4.4) umfassend sei, auf allseitigen Untersuchungen beruhe, die geklagten Beschwerden und die Vorakten berücksichtige. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sei einleuchtend und die medizinischen Schlussfolgerungen seien begründet. Der Gesundheitszustand habe sich in psychiatrischer Hinsicht (Depression) leicht verbessert. 5. 5.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 16. April 2013 (Urk. 7/144), mit welcher dem Beschwerdeführer ab Mai 2011 eine halbe Rente zugesprochen wurde, infolge zweifelloser Unrichtigkeit rechtmäßig ist. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stütze sich anlässlich ihrer damaligen Rentenzusprache auf das interdisziplinäre Z.____-Gutachten vom Dezember 2011. Das Z.____-Gutachten (vorstehend E. 3.5) erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend, beruhe es doch auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtige auch die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllte das Z.____-Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Es bleibt zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.6). Ob eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. April 2013 (Urk. 7/144) bestand, mit jenem zur Zeit der strittigen Verfügung vom 6. November 2015 (Urk. 2).

E. 6.2

Der damaligen Rentenzusprache lag im Wesentlichen das interdisziplinäre Z.____ Gutachten vom Dezember 2011 zugrunde (vorstehend E. 5.2).

E. 6.3

Im Rahmen der im Mai 2014 eingeleiteten Rentenrevision (vorstehend E. 4.1) erstatteten die Ärzte des A.____ im August 2015 ein polydisziplinäres Gutachten. Das A.____-Gutachten (vorstehend E. 4.4) erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das A.____-Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.8).

Die A.____-Gutachter diagnostizierten sodann eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, an der Grenze zu einer mittelgradigen Episode, und ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. In somatischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Gärtner infolge der Rückenprobleme bei korrelierender MRI-Pathologie vollständig arbeitsunfähig. Für angepasste, rückenadaptierte leichte wechselbelastende Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit entsprechend einem uneingeschränkten Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20%. Aus psychiatrischer Sicht seien überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit geeignet. Bei rezidivierender depressiver Störung seien Nachtschichten sowie sehr unregelmässige Arbeitszeiten nicht geeignet. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit betrage aus rein psychiatrischer Sicht 60%. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfgärtner dauerhaft aufgehoben. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 60% (vorstehend E. 4.4).

E. 6.4

Der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers scheint sich im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich im Jahr 2013 präsentierte, nicht wesentlich verändert zu haben. So wurde von den A.____-Gutachtern als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unverändert einzig ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom genannt (Urk. 7/188 S. 29 Ziff. 4; vgl. Urk. 7/119 S. 33 Ziff. 5.3.1), wobei im aktuellen Verlaufs-MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 23. Juli 2015 im Vergleich zum MRI der LWS vom 29. April 2010, welches den Z.____-Gutachtern vorgelegen hatte, keine gravierenden pathomorphologischen Unterschiede beschrieben wurden (Urk. 7/188 S. 31 Ziff. 5). Die bildgebenden Befunde würden unter anderem unter Belastungsbedingungen die subjektiv vorgetragene tieflumbal lokalisierten Rückenbeschwerden rechtfertigen. Die Rumpfbeweglichkeit wurde nach wie vor als eingeschränkt beschrieben, bei einem Schober der LWS von nunmehr 10/13 cm (Urk. 7/188 S. 28 Ziff. 3) im Vergleich zu einem solchen von 10/12 cm anlässlich der Untersuchung im Z.____ (Urk. 7/119 S. 22 Ziff. 4.2.3). An der Halswirbelsäule fanden sich nach wie vor keine relevanten die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Faktoren (Urk. 7/188 S. 27 Ziff. 3 und Urk. 7/119 S. 25 Ziff. 4.2.5). Die A.____-Gutachter umschrieben das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil denn auch unverändert mit rückenadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (Urk. 7/188 S. 31 f. Ziff. 5; vgl. dazu Urk. 7/119 S. 25 Ziff. 4.2.5 und 4.2.7), beurteilten aber die verbleibende Restarbeitsfähigkeit mit 80% höher als die Z.____-Gutachter, die von einer verbleibenden 60%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausgingen, und nannten als Beginn ihrer geschätzten Restarbeitsfähigkeit das Jahr 2003 (Urk. 7/118 S. 32 Ziff. 5). Damit schätzten sie die dem Beschwerdeführer verbleibende Restarbeitsfähigkeit retrospektiv höher ein als die Z.____-Gutachter, dies ohne eingehende Begründung, insbesondere auch angesichts der im Z.____-Gutachten aus somatischer Sicht festgestellten Verschlechterung

der Belastbarkeit und Beweglichkeit um das Jahr 2009 (Urk. 7/119 S. 35 Ziff. 5.3.3).

Nach Gesagtem scheint es sich bei der Einschätzung der A.____-Gutachter um eine bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit zu handeln, die für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellt.

E. 6.5

In psychiatrischer Hinsicht wurde hingegen im A.____-Gutachten nur noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, an der Grenze zu einer mittelgradigen Episode, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nunmehr ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die Gutachter hielten in schlüssiger Weise fest, dass zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung im Dezember 2011 eine etwas stärker ausgeprägte Depression vorgelegen habe. Dies könne daran gelegen haben, dass damals das Hauptproblem die Tochter gewesen sei, mit welcher der Beschwerdeführer ständig im Streit gelegen habe (vgl. Urk. 7/119 S. 28 Ziff. 4.3.2). Die Tochter sei mittlerweile ausgezogen. Die depressive Symptomatik hat sich demnach leicht verbessert.

Des Weiteren hielten die A.____-Gutachter gegenüber dem Vorgutachten vom 6. Dezember 2011 eine verbesserte Ressourcensituation fest. Gegenüber der Darstellung der üblichen Tagesaktivitäten anlässlich der Z.____-Untersuchung, wonach der Beschwerdeführer gerne lese und auch fern sehe, manchmal, wenn die Schmerzen exazerbieren würden, den ganzen Tag im Bett liege, an anderen Tagen sich die Zeitung am Kiosk hole und auch spazieren gehe, sicher zweimal die Woche mit seinem älteren Bruder Kontakt habe und einen Nachbarn und Kollegen alle zwei bis drei Wochen treffe (Urk. 7/119 S. 29 Ziff. 4.3.2), habe er nunmehr angegeben, nach dem Frühstück jeweils einen Spaziergang von einer halben Stunde, manchmal auch etwas länger zu unternehmen. Auch nach dem Mittagessen mache er nochmals einen Spaziergang. Er lese Zeitung und schaue sehr viel fern. An der Hausarbeit und am Einkauf beteilige er sich nicht, dies werde durch die Ehefrau und seinen jüngsten Sohn, der bei ihm wohne, erledigt. Ausserhalb seiner eigenen Familie habe er regelmässig Kontakt zu seinem Bruder und dessen Kindern. Einmal pro Woche besuche der Bruder ihn oder er den Bruder. Er benutze öffentliche Verkehrsmittel, da er einen Führerausweis, aber kein Auto besitze. Falls er ein Auto hätte, würde er sich schon kürzere Autofahrten zutrauen. Etwa alle drei Jahre fliege er mit dem Flugzeug in die Ferien in den I.____. Zuletzt sei er im Oktober 2014 dort gewesen, er habe seine Brüder besucht (Urk. 7/188 S. 44 f. Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer habe sodann angegeben, dass er auf keinen Fall eine körperlich schwere Arbeit verrichten könne. Ob er in der Lage wäre, eine körperlich leichte Tätigkeit auszuüben, könne er nicht genau sagen, er müsste es erst ausprobieren (Urk. 7/188 S. 48 Ziff. 3).

Die A.____-Gutachter schlossen aus Gesagtem, dass der Beschwerdeführer in beruflicher Hinsicht durchgehend inaktiv sei, er beispielsweise keinerlei Aktivitäten zeige, sich eine körperlich leichte Arbeit zu suchen. Von belastenden Tätigkeiten wie einer beruflichen Arbeit oder auch der Mithilfe im Haushalt ziehe sich der Beschwerdeführer zurück. Anders sehe die Situation in nicht belastenden Bereichen aus. Es bestehe eine starke Diskrepanz zwischen weitgehendem Rückzug von eher belastenden Lebensbereichen und weit weniger ausgeprägtem Rückzug von angenehmen Aktivitäten (Freizeitbereich mit Spaziergängen, Fernsehen, Zeitung lesen, Urlaubsreisen). Der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen,

die er im Rahmen beruflicher Tätigkeit aktivieren könnte. Es liege auch keine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung vor, die es erschweren würde, Ressourcen in Richtung einer beruflichen Tätigkeit zu aktivieren (Urk. 7/188 S. 49 Ziff. 5).

Nach Gesagtem scheint sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht verbessert zu haben. Zu prüfen bleibt die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

E. 6.6.1

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der vorliegenden rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu beachten, wonach eine leichte depressive Episode keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern darstellt und auch grundsätzlich nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen. Vielmehr gelten leichte Störungen aus dem depressiven Formenkreis als in der Regel therapierbar (vgl. vorstehend E. 1.4). Zur Therapierbarkeit nahm der A.____-Psychiater nicht explizit Stellung. Er hielt einzig fest, dass in absehbarer Zeit nicht mit einer wesentlichen Veränderung des Krankheitsbildes zu rechnen sei (Urk. 7/188 S. 51 Ziff. 5). Nach Gesagtem und angesichts des erhobenen, in weiten Teilen unauffälligen psychiatrischen Befundes (Urk. 7/188 S. 47 f. Ziff. 3) sowie der geschilderten aktuellen psychiatrischen Behandlung, die lediglich alle fünf bis sechs Wochen stattfindende psychiatrische Gespräche und zweimal im Monat stattfindende psychotherapeutische Gespräche umfasse (Urk. 7/188 S. 45 Ziff. 2.1), erscheint die Einschätzung des A.____-Gutachters, wonach aus der vorliegenden Depression Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit resultieren würden und die quantitative Arbeitsfähigkeit um 40 % reduziert sei (Urk. 7/188 S. 49 Ziff. 5), als nicht nachvollziehbar.

E. 6.6.2

Sodann sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“

- Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanlassend ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Der A.____-Psychiater stellte die Existenz der vom Beschwerdeführer beschriebenen ausgeprägten Rückenschmerzen grundsätzlich nicht in Frage. Bei der Diagnosestellung legte er das Hauptaugenmerk auf den Umstand, dass die Schmerzsymptomatik

organmedizinisch nicht vollständig erklärbar sei (vorstehend E. 4.4). In Bezug auf die Schwere der Beeinträchtigung wies der psychiatrische Gutachter vor allem darauf hin, dass der Beschwerdeführer an Rücken schmerzen leide, die zum Teil ins rechte, insbesondere aber in das linke Bein ausstrahlen würden (Urk. 7/188 S. 44 Mitte). In Bezug auf die im Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1) zu prüfenden Merkmale führte der Gutachter wie erwähnt aus, dass der Beschwerdeführer psychiatrisch und psychotherapeutisch ambulant im E.____ behandelt werde. Psychotherapeutische Gespräche würden zweimal im Monat und psychiatrische Gespräche alle fünf bis sechs Wochen stattfinden (Urk. 7/188 S. 45 unten). Es wurden keine Angaben bezüglich eines Behandlungserfolgs oder einer Behandlungsresistenz gemacht. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte sodann eine komorbide rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig im Ausmass einer leichtgradigen depressiven Episode. Die Depression hänge ganz wesentlich mit der Schmerzsymptomatik, aber auch mit der schwierigen sozialen und finanziellen Situation zusammen (vorstehend E. 4.4). In Bezug auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale liegt sodann gemäss gutachterlicher Beurteilung weder eine Persönlichkeitsakzentuierung noch eine Persönlichkeitsstörung vor (Urk. 7/188 S. 48 Mitte). In Bezug auf die im Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) zu prüfenden Merkmalen ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ausserhalb seiner eigenen Familie regelmässig Kontakt zu seinem Bruder und dessen Kindern habe. Einmal in der Woche besuche entweder der Bruder ihn oder umgekehrt er den Bruder (Urk. 7/188 S. 44 unten). Hinsichtlich des beweisrechtlich entscheidenden Aspekts der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4) lässt sich dem A.____-Gutachten wie erwähnt entnehmen, dass eine starke Diskrepanz zwischen weitgehendem Rückzug von eher belastenden Lebensbereichen (Arbeit, Haushalt) und weit weniger ausgeprägtem Rückzug von angenehmen Aktivitäten (Freizeitbereich) bestehe. Der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen, die er im Rahmen beruflicher Tätigkeiten aktivieren könnte. Es liege auch keine Persönlichkeitsstörung oder –akzentuierung vor, die es erschweren würde, Ressourcen in Richtung einer beruflichen Tätigkeit zu aktivieren (Urk. 7/ 188 S. 49 unten).

Das von den A.____-Gutachtern anhand eines strukturierten, normativen Prüf rasters beurteilte Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in Bezug auf die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheint nach dem Dargelegten als überzeugend. Demnach hat die somatoforme Schmerzstörung dem Gutachten folgend keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.4). Die gegenwärtig leichte depressive Störung hat nach dem oben Gesagten ebenfalls keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 6.6.1). Da die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ist (Art. 6 ATSG), kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 S. 194 ff.). Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (SVR 2013 IV Nr. 9 S. 21, 8C_842/2011 E. 4.2.2). Im vorliegenden Fall ist insofern vom A.____ -Gut achten abzuweichen, als dass festgehalten werden kann, dass in psychiatrischer Hinsicht nunmehr keine Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit mehr besteht.

E. 6.6.3

Daran vermögen auch die weiteren in den Akten liegenden Berichte nichts zu ändern. Die von Dr. B.____ in seinem Bericht vom Juni 2014 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden sowie der schmerzbedingten psychischen Störung und deren Funktionsdefizit (vorstehend E. 4.2) ist nicht näher begründet. Sodann ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Der Bericht von Dr. B.____ vermag demnach das A.____ -Gutachten nicht zu entkräften.

Im A.____ -Gutachten wurde bereits dargelegt, weshalb nicht auf den Bericht von Dr. C.____ und Dr. phil. D.____ vom E.____ vom August 2014 (vorstehend E. 4.3) abzustellen sei. So handelt es sich dabei um fachfremde Beurteilungen und die Depression hängt entgegen der Ansicht von Dr. C.____ und Dr. phil.

D.____ ganz wesentlich mit der Schmerzsymptomatik, aber auch mit der schwierigen sozialen und finanziellen Situation zusammen (vorstehend E. 4.4). Dieser Bericht vermag somit das A.____ -Gutachten ebenfalls nicht zu entkräften.

E. 6.7

Der medizinische Sachverhalt ist somit dahingehend erstellt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache im April 2013 in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat und nunmehr aus psychischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr besteht.

In somatischer Hinsicht handelt es sich bei der Beurteilung durch die A.____ Gutachter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit indes um eine bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit, so dass weiterhin gemäss der Beurteilung durch die Z.____-Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von 60 % auszugehen ist (vorstehend E. 3.5). 7. 7.1

Zu prüfen bleibt damit die Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand eines Einkommensvergleiches. 7.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BG E 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgleichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für

Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstruktur erhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 7.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des Valideneinkommens bei der ursprünglichen Rentenzusprache auf die LSE-Angaben, da das Einkommen des Beschwerdeführers gemäss IK-Auszug (vgl. Urk. 7/102) nach Aufrechnung der Nominallohnentwicklung nicht den realen Wirtschaftsverhältnissen entspreche. Da die ausgeübte Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens mehr als zehn Jahre zurück liege, sei die Branchenüblichkeit als Grundlage für das Valideneinkommen heranzuziehen. Da in der LSE 2010 die Ziffer 01 Gartenbau nicht mehr enthalten sei, sei auf die LSE 2008 abzustellen. Dabei ermittelte die Beschwerdegegnerin für das Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 61'087.-- (Urk. 7/140 S. 2 f.). Dies blieb unbestritten. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2013 in der Höhe von 0.7 %, im Jahr 2014 in der Höhe von 0.8 % und im Jahr 2015 in der Höhe von 0.4 % (Schweizerischer Lohnindex nach Sektor, Tabellengruppe T1.93 Nominallohnindex 1993-2015, Total, www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen/Arbeitskosten, Lohnentwicklung) ergibt dies ein Valideneinkommen von rund Fr. 62'255.-- (Fr. 61'087.-- x 1.007 x 1.008 x 1.004) für das Jahr 2015. 7.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so ist das entsprechende Tabellenlohn abzustellen. Ist ein solches erzielt, so ist das entsprechende Tabellenlohn abzustellen, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE

129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 7.5

Dem Beschwerdeführer ist eine angepasste, rückenadaptierte leichte wechselbelastende Tätigkeiten in einem Pensum von 60 % zumutbar (vorstehend E. 6.7). Es rechtfertigt sich deshalb für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE abzustellen. Das im Jahr 2012 von Männern im Durchschnitt aller einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'210.-- (LSE 2012, S. 35, Tabellengruppe TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Männer), mithin Fr. 62'520.-- pro Jahr bei einem Pensum von 100 %.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2013 in der Höhe von 0.7 %, im Jahr 2014 in der Höhe von 0.8 % und im Jahr 2015 in der Höhe von 0.4 % (vorstehend E. 7.3) sowie der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden (Arbeitsmarktindikatoren 2016, S. 98, Tabellengruppe T18, Wöchentliche Normalarbeitszeit der Vollzeitarbeit nehmenden nach Wirtschaftssektoren, -abschnitten und -abteilungen, Total) ergibt dies ein Valideneinkommen von rund Fr. 66'423.-- für das Jahr 2015 ($Fr. 62'520.-- \times 1.007 \times 1.008 \times 1.004 : 40 \times 41.7$) bei einem Pensum von 100 % und Fr. 39'854.-- bei einem Pensum von 60 %.

Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer bei der ursprünglichen Rentenzusprache einen leidensbedingten Abzug von 10 %, da der Beschwerdeführer nur noch Teilzeit erwerbstätig sein könne (vgl. Urk. 7/140 S. 4). Dieser Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich auch vorliegend und stimmt mit der Rechtsprechung überein, wonach bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2) vorzunehmen ist. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 35'869.--.

7.6

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 62'255.-- mit den Invalideneinkommen von Fr. 35'869.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 26'386.-- und damit einen Invaliditätsgrad von rund 42 %, womit neu ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

7.7

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung aufzuheben mit der Feststellung, dass die bisher ausgerichtete halbe Rente in Anwendung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) mit Wirkung ab 1. Januar 2016 auf eine Viertelsrente herabzusetzen ist.

E. 8

). Die Z.____-Gutachter diagnostizierten ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In somatischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Gärtner vollständig arbeitsunfähig. Für angepasste, rückenadaptierte, körperliche leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselhaltung bestehe seit 2009 hingegen eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht attestierten sie dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit infolge der Verminderung der Leistungsfähigkeit durch vermehrten Pausenbedarf respektive Verlangsamung. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit Mitte 2009 50 % (vorstehend E. 3.5).

Die Beschwerdegegnerin vertrat den Standpunkt, der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers sei bei der Rentenzusprache weder auf seine Dauerhaftigkeit noch auf die Überwindbarkeit geprüft worden (vorstehend E. 2.1). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung wurde zwar im Z.____-Gutachten nicht explizit thematisiert, dies liegt jedoch daran, dass sich im Gutachten keine Hinweise dafür finden lassen, dass für die Rückenbeschwerden im vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmass kein organisches Substrat vorhanden wäre. Hingegen wurde im

Gutachten zu den Foerster-Kriterien (vorstehend E. 1.3, vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3) Stellung genommen, wobei die Gutachter feststellten, dass einzig von keinem ausgewiesenen sozialen Rückzug gesprochen werden könne (vorstehend E. 3.5). 5.3

Die Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung als nicht überwindbar war somit zum Verfügungszeitpunkt im April 2013 nicht offensichtlich falsch. Die ursprüngliche Rentenzusprache erweist sich nach dem Gesagten deshalb nicht als zweifellos unrichtig (vgl. vorstehend E. 1.5), weshalb die Verfügung vom 16. April 2013 nicht wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann. 6.

E. 8.1

Der Beschwerdeführer ersuchte am 8. Dezember 2015 um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt (vgl. Urk. 11, Urk. 12/1, Urk. 12/3).

E. 8.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer je zur Hälfte aufzuerlegen, wobei infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 8. Dezember 2015 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. November 2015 aufgehoben mit der Feststellung, dass die bisher ausgerichtete halbe Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2016 auf eine Viertelsrente herabzusetzen ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten werden zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannPeter-Schwarzenberger

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