



Fall-Nr.: IV 2008/353
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 09.07.2020
Entscheiddatum: 14.05.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 14.05.2009

Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV. Wirkungszeitpunkt der revisionsweisen Herabsetzung einer ganzen auf eine halbe Rente. Bedeutung des Grundsatzes der Eingliederung vor Rente bzw. "Eingliederung vor Rentenrevision" (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Mai 2009, IV 2008/353).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 14. Mai 2009

in Sachen

H.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Duri Poltera, Hadwigstrasse 6a, 9000 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision



Sachverhalt:

A.

Nach einer vorausgegangenen Abweisung eines ersten Begehrens um IV-Leistungen meldete sich H.____ am 28. September 1998 erneut zum Leistungsbezug an. Er gab an, er habe in seinem Herkunftsland den Schlosserberuf erlernt. Dr. med. A.____ berichtete am 17. November 1998, nach einer Tibiaplateaufraktur im Mai 1997 bestehe immer noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Berufliche Massnahmen seien vorläufig nicht möglich. Am 14. Januar 1999 berichtete Dr. med. B.____ vom Spital Grabs, der Versicherte sei nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig. Der Zustand im rechten Bein habe sich beruhigt. Nun stünden die lumbalen Rückenbeschwerden im Vordergrund. Nichts spreche gegen eine Besserung der Beschwerden. Später würden dem Versicherten wohl alle Arbeiten zumutbar sein. Am 5. Februar 1999 teilte Dr. med. B.____ der IV-Stelle mit, die lumbalen Rückenschmerzen hätten sich massiv verschlimmert. Computertomographisch hätten sich eine Diskusprotrusion und eine Sequesterbildung L4/5 gezeigt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100%, wobei die Befunde am rechten Knie irrelevant seien. Die Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 17. Juni 1999, am 11. Februar 1999 sei der Versicherte operiert worden. Die Diagnose laute: Rezidivhernie L4/5 rechts bei St. n. Diskektomie L4/5 rechts. Der Versicherte habe eine Reoperation abgelehnt. Die IV-Stelle beauftragte die MEDAS St. Gallen mit einer polydisziplinären Begutachtung. Die MEDAS führte in ihrem Gutachten vom 29. Juni 2000 aus, der Versicherte leide an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom bei Diskushernienrezidiv L4/5 nach Hemilaminektomie rechts, an einer subakromialen Enge der rechten Schulter, an Knieschmerzen rechts nach Osteosynthese einer Tibiakopffraktur (5/97) und Metallentfernung (5/98), an Knieschmerzen links nach Entfernen einer Bakerzyste und nachgewiesenem Knorpelschaden, an einem depressiv überlagerten Schmerzsyndrom mit Adipositas, Hyperlipidämie, Hyperglykämie und grenzwertig hypertonem Blutdruck. Als Bauarbeiter sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. In einer leichteren Tätigkeit ohne lange Sitz- und Stehdauer und ohne Heben schwerer Lasten sei der Versicherte rein orthopädisch betrachtet halbtags einsatzfähig. Ziehe man das psychische Leiden und das metabolische Syndrom, das bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht völlig vernachlässigt werden dürfe, mit in Betracht, so betrage die Arbeitsunfähigkeit



auch in einer leichten Tätigkeit 70%. Primordial für die Prognose sei der internistische Aspekt. Es müsse auf eine drastische Gewichtsabnahme gedrängt werden und die diabetische Komponente und der Blutdruck müssten medikamentös angegangen werden. Psychiatrisch betrachtet wäre eine Wiedereingliederung sinnvoll, da dies die einzige Möglichkeit sei, den Versicherten aus seiner Passivität herauszuholen und ihm neue Perspektiven zu eröffnen. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hatte in seinem Consilium vom 14. Juni 2000 berichtet, bei einer ersten psychiatrischen Exploration im Jahr 1995 sei keine psychische Störung, wohl aber eine besondere Persönlichkeitsstruktur festgestellt worden. Diesmal habe der Versicherte auch von psychischen Störungen berichtet, die er zwar mit wenigen Worten geschildert habe, die jedoch auf eine depressive Komponente im Krankheitsbild hinwiesen. Der intellektuell knapp dotierte, wenig differenzierte Versicherte zeige so gut wie keine Introspektionsfähigkeit und wirke bei der Aufforderung, seine psychische Situation zu schildern, recht unbeholfen. Er beteuere seine Bereitschaft, etwas zu arbeiten, entwickle dabei aber kaum Selbstinitiative, sondern warte auf Hilfe. Er weise dependente Persönlichkeitszüge auf, die er mit akzentuierten Klagen über körperlich bedingte Beschwerden überdecke. Dadurch erfahre er Verständnis und Mitleid bei nahestehenden Personen. Die Hauptbehinderung bzw. das Haupthindernis der Eingliederung liege im somatischen Bereich. Bei einer optimalen Eingliederung würde sich der psychische Zustand schnell bessern. Die IV-Stelle sprach dem Versicherten am 21. September 2000 rückwirkend ab 1. Mai 1998 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 70% zu.

B.

B.a Die IV-Stelle eröffnete am 6. Januar 2006 ein Rentenrevisionsverfahren, indem sie den Versicherten einen entsprechenden Fragebogen ausfüllen liess. Der Versicherte gab am 16. Januar 2006 an, sein Gesundheitszustand sei unverändert. Der zuständige Arzt des RAD Ostschweiz empfahl am 20. Juli 2006 eine MEDAS-Abklärung, wobei zusätzlich nach einer allfälligen Veränderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades gefragt werden sollte. Das ZMB Basel führte in seinem Gutachten vom 30. August 2007 aus, die allgemeinmedizinische und internistische Untersuchung habe eine Kombination von Diabetes mellitus, Adipositas, Dyslipidämie und arterieller Hypertonie aufgezeigt. Es liege also ein metabolisches Syndrom vor. Wegen des schlecht eingestellten Diabetes



mellitus sei der Versicherte arbeitsunfähig für Tätigkeiten, in denen er Verantwortung für andere Personen übernehmen müsse (z.B. Chauffeurtätigkeit), und für Tätigkeiten an laufenden Maschinen oder mit Sturzgefahr. Wegen der schlecht eingestellten arteriellen Hypertonie seien zudem auch keine körperlich schweren Tätigkeiten zumutbar. Die Problematik sei behandelbar und reversibel. Eine Gewichtsreduktion wäre notwendig und zumutbar. Bei der orthopädischen Untersuchung habe der Versicherte über anhaltende Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung über die rechte Gesässhälfte in den rechten Unterschenkel, über Knieschmerzen rechts mehr als links, über verschiedene Missempfindungen an den Extremitäten und über eine Schwellung des Mittelgelenks des linken Zeigefingers geklagt. Klinisch betrachtet bestehe am rechten Knie eine Chondromalazie III, die für die Knieschmerzen, die schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit und eine diffuse Druckempfindlichkeit verantwortlich sei. Am linken Knie seien sehr schmerzhaft Veränderungen im retropatellären Bereich eingetreten. Die Kreuzbeschwerden seien im Rahmen eines Lumbovertebralsyndroms zu werten. Aufgrund der Befunde am Bewegungsapparat seien körperlich schwere Arbeiten mit häufigem Bücken und Heben von Lasten über 10 kg nicht mehr möglich. Längere Gehstrecken, häufiges Treppensteigen und häufiges In-die-Hocke-Gehen seien nicht mehr möglich. Leidensadaptierte leichte Tätigkeiten seien noch teilzeitlich möglich. Die neurologische Untersuchung habe ein mässiggradiges Karpaltunnelsyndrom beidseits rechtsbetont aufgezeigt. Dieses führe dazu, dass keine Ansprüche an die Feinmotorik mehr gestellt werden könnten. Das Lumbovertebralsyndrom schliesse körperlich schwere Tätigkeiten aus. Bei der psychiatrischen Exploration habe der Versicherte angegeben, er habe schon vor dem Unfall 1991 gelegentlich Wutausbrüche gehabt. Doch hätten Missmut, Ärger und daraus folgend aggressive Ausbrüche besonders in den letzten beiden Jahren zugenommen. Deshalb ziehe er sich von sozialen Bindungen zurück, denn er wolle Auseinandersetzungen vermeiden. Bei der psychiatrischen Exploration habe sich der Versicherte auf die Frage nach seiner Zukunft ratlos gezeigt, aber er sei weder deutlich depressiv noch ängstlich gewesen. Seine Beschreibung dysphorischer Zustände sei durchaus glaubhaft. Er sei wach, bei klarem Bewusstsein und allseits orientiert gewesen. Die Grundstimmung sei gespannt-gehemmt gewesen und habe sich während der Exploration nicht verändert. Die affektive Modulationsfähigkeit sei ebenfalls gehemmt gewesen. Psychomotorisch habe sich der Versicherte



antriebsgehemmt gezeigt. Während der gesamten Exploration sei der Versicherte gut konzentriert und aufmerksam gewesen. Hinweise auf Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen habe es nicht gegeben. Eine eigenständige Diagnose von Depression oder Angst im Sinne von ICD-10 könne nicht gestellt werden. Chronischer Schmerz sei i.d.R. von einer psychischen Verstimmung im Sinne von Missmut, Lustlosigkeit und Deprimiertheit begleitet, was aber keiner Depression entspreche. Der Versicherte leide an einer maladaptiven Schmerzverarbeitungsstörung mit Selbstlimitierung mit einer Symptomausweitung.

B.b Als Ergebnis einer interdisziplinären Diskussion gaben die Sachverständigen des ZMB folgende Gesamtdiagnose an: chronisches Lumbovertebralsyndrom (mit/bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, St. n. Diskektomie L4/5 wegen Diskushernie L4/5 und pseudoradikulärer Irritation rechts), chronisches Schmerzsyndrom am rechten und am linken Knie, unklare Arthropathie PIP linker Zeigefinger, mässiggradiges beidseitiges Karpaltunnelsyndrom rechtsbetont, Diabetes mellitus Typ II und maladaptierte Schmerzverarbeitung mit Selbstlimitierung im Sinne einer Symptomausweitung. In bezug auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Sachverständigen fest, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Schlosser, die als körperlich mindestens mittelschwer einzustufen sei, schon aufgrund der somatischen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne dauerndes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne dauernde unergonomische Rückenhaltungen sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit um 50% eingeschränkt. Im Rahmen der MEDAS-Abklärung im Jahr 2000 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 70% ermittelt worden. Das sei mit dem Lumboischialgiesyndrom begründet worden, das damals noch frischer gewesen sei. Zudem sei damals von einem depressiv überlagerten Schmerzsyndrom gesprochen und mit dem metabolischen Syndrom auf eine gesundheitliche Verschlechterung hingewiesen worden. Das metabolische Syndrom sei aber aufgrund der Schwere des Diabetes mellitus für eine Verweistätigkeit nicht arbeitsunfähigkeitsbegründend. Es sei dem Versicherten zumutbar, die kardiovaskulären Risikofaktoren anzugehen und damit das metabolische Syndrom in den Griff zu bekommen. Eine vermehrte Mobilisierung und ein Einsatz in einer Teilzeiterwerbstätigkeit wären therapeutisch sinnvoll. Bei der Begutachtung durch die MEDAS im Jahr 2000 habe der Orthopäde eine Halbtagestätigkeit für zumutbar betrachtet. Der Psychiater habe eine Arbeitsunfähigkeit



von 25% angegeben. Dass die Gutachter in der Schlussbetrachtung von einer Arbeitsunfähigkeit von 70% ausgegangen seien, sei nicht verständlich. Sie hätten mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wegen des metabolischen Syndroms argumentiert. Diese Situation habe aber schon 1995 bestanden. Auf die Frage, ob sich die Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Rentenzusprache verändert habe, führten die Sachverständigen des ZMB aus, es sei in den letzten Jahren zu einer gewissen Anpassung gekommen. Im Jahr 2000 sei die Einschränkung mit somatischen Diagnosen und zusätzlich psychiatrisch mit einem depressiv gefärbten Schmerzsyndrom erklärt worden. Zusätzlich sei das metabolische Syndrom angeführt worden. Dieses sei auch jetzt noch vorhanden, ohne aber die Arbeitsfähigkeit zu beschränken. Aus psychiatrischer Sicht seien heute die Selbstlimitierung und die psychosozialen Probleme im Vordergrund. Eine eigentliche psychiatrische Diagnose könne nicht mehr gestellt werden. Dr. med. C.____ vom RAD hielt dazu fest, das ZMB-Gutachten enthalte Aussage, dass sich der Gesundheitszustand verändert habe. Einerseits sei es zu gewissen Anpassungen gekommen und andererseits sei anders als im Jahr 2000 kein psychisches Leiden mit Krankheitswert mehr vorhanden. Das Gutachten sei gut nachvollziehbar. Es sei somit davon auszugehen, dass nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe.

C.

Die IV-Stelle ermittelte das Validen- und das Invalideneinkommen anhand desselben statistischen Durchschnittslohnes. Sie berücksichtigte neben dem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% einen zusätzlichen Abzug von 10%, was einen Invaliditätsgrad von 55% lieferte. Mit einem Vorbescheid vom 4. Januar 2008 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie die ganze auf eine halbe Invalidenrente herabsetzen werde. Der Versicherte liess am 31. Januar 2008 einwenden, das ZMB-Gutachten stelle zur Hauptsache eine Neuurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhalts dar, denn es werde vor allem Kritik am MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2000 geübt. Der Unterschied in der psychiatrischen Diagnose (Schmerzsyndrom mit depressiver Überlagerung – Schmerzverarbeitungsstörung ohne Krankheitswert) gründe vor allem im Beurteilungsspielraum, der von einem Gutachter in Anspruch genommen werde. Es sei nicht überzeugend dargetan, dass effektiv eine verbesserte psychische Situation eingetreten sei. Der Versicherte sei beim Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-



Sarganserland in Behandlung. Dort sei ein Bericht einzuholen. Eventualiter sei zu rügen, dass keine beruflichen Abklärungen oder Massnahmen durchgeführt worden seien. Die IV-Stelle holte einen Bericht des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland ein. Dr. med. D.____ und lic. phil. E.____ führten am 8. April 2008 aus, es lägen folgende Diagnosen vor: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle und – ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – Essattacken und Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen. In einer adaptierten Erwerbstätigkeit sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Dr. med. F.____ vom RAD gab dazu am 10. Mai 2008 an, es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestätigt, so dass es keinen Grund gebe, an den Feststellungen im Vorbescheid etwas zu ändern. Mit einer Verfügung vom 27. Juni 2008 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab August 2008 eine halbe Invalidenrente zu. Zum Begehren des Versicherten, es seien berufliche Abklärungen oder Massnahmen durchzuführen, wurde in dieser Verfügung nicht Stellung genommen.

D.

Der Versicherte liess am 29. August 2008 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine volle (richtig: ganze) Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die IV-Stelle anzuweisen abzuklären, inwiefern sich eine eventuell verbesserte psychische Situation auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben könnte und ob ihm durch berufliche Abklärungen und Massnahmen der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben ermöglicht werden könne. Zur Begründung liess er ausführen, eine abweichende Beurteilung eines im grossen Ganzen unverändert gebliebenen Sachverhalts stelle keinen Revisionsgrund dar. Deshalb sei genau zu prüfen, ob eine geänderte ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit bloss eine Neubeurteilung enthalte oder Ausdruck tatsächlich veränderter Verhältnisse sei. Gemäss der Beurteilung durch den RAD vom 3. Dezember 2007 sei der somatische Bereich zwischen 2000 und 2007 unverändert geblieben. Hingegen sei eine angebliche Verbesserung im psychischen Bereich eingetreten. Dem sei entgegen zu halten, dass in der Gesamtbeurteilung durch die Gutachter des ZMB eine Arbeitsunfähigkeit von 50% aufgrund einer Neubeurteilung und nicht aufgrund einer Neuentwicklung festgelegt worden sei, dass der Unterschied zwischen einem Schmerzsyndrom mit



depressiver Überlagerung und einer Schmerzverarbeitungsstörung ohne Krankheitswert vor allem im Beurteilungsspielraum des Gutachters gründe, weshalb keine Verbesserung der psychischen Situation nachgewiesen sei, dass vom Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland zwei ICD Diagnosen gestellt worden seien, was einen unerklärlichen Widerspruch bewirke, so dass die psychiatrische Abklärung durch das ZMB als zweifelhaft erscheine, dass im Bericht des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland eine Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht von 50% angegeben worden sei, was eher für eine Erhöhung, keinesfalls aber für eine Veränderung spreche, dass höchstens von einer Reduktion auf 60% ausgegangen werden könne und dass eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar und rechtsgenügend dargetan sei. Eventualiter sei zu rügen, dass keine beruflichen Abklärungen oder Massnahmen durchgeführt worden seien.

E.

Die IV-Stelle beantragte am 10. Dezember 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie wies darauf hin, dass die Gutachter des ZMB am 2. Dezember 2008 zum Bericht des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland vom 8. April 2008 Stellung genommen. Sie hätten ausgeführt, weder die angegebenen Beschwerden noch die erhobenen Befunde reichten aus, um die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu stellen, so dass an der im Gutachten enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung festgehalten werde. Die IV-Stelle führte weiter aus, im ZMB-Gutachten sei eindrücklich dargelegt worden, was sich seit der Beurteilung im Jahr 2000 verbessert habe.

Erwägungen:

1.

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Mit diesem Instrument zur Korrektur formell rechtskräftiger Rentenverfügungen wird der nachträglichen tatsächlichen Unrichtigkeit einer Rentenverfügung Rechnung getragen (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Die Abänderung formell rechtskräftiger



Verwaltungsverfügungen in der Sozialversicherung, ZBI 1994 S. 349). Tatsächlich unrichtig und damit revisionsbedürftig wird eine Rentenverfügung, wenn sich der relevante Sachverhalt so verändert, dass er die mit der formell rechtskräftigen ursprünglichen Verfügung zugesprochene und bis dahin ausgerichtete Rente nicht mehr rechtfertigt, weil die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) unter Berücksichtigung des veränderten Sachverhalts einen Invaliditätsgrad ergibt, der entweder einen höheren oder einen tieferen Rentenanspruch entstehen lässt oder aber gar keinen Rentenanspruch mehr begründet. Das Wesen der Revision gemäss Art. 17 ATSG besteht also in der Anpassung einer laufenden Dauerleistung an eine nach der Zusprache dieser Dauerleistung eingetretene, also nachträgliche erhebliche Veränderung des leistungsrelevanten Sachverhalts. Der Unterschied zur prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) und zur Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) besteht demnach darin, dass die formell rechtskräftige ursprüngliche Zusprache der Dauerleistung korrekt war. Sie wird durch die Revisionsverfügung nicht widerrufen und ersetzt, sondern sie bleibt erhalten. Sie wird nur auf einen i.d.R. durch den Eintritt der Sachverhaltsveränderung definierten Zeitpunkt durch die Revisionsverfügung modifiziert bzw. abgelöst. Für die zwischen dem Leistungsbeginn und der revisionsweisen Anpassung ausgerichteten Leistungen bleibt die formell rechtskräftige ursprüngliche Leistungszusprache die einzige (und korrekte) Verfügungsgrundlage, da die Revisionsverfügung nur die Verfügungsgrundlage für die ab dem Anpassungszeitpunkt ausgerichtete Dauerleistung bildet. Die prozessuale Revision und die Wiedererwägung hingegen beinhalten notwendigerweise den Widerruf der ursprünglichen, formell rechtskräftigen Leistungszusprache und deren Ersatz durch eine neue, korrigierte Leistungszusprache oder gegebenenfalls auch durch eine Abweisung des ursprünglichen Leistungsgesuches (vgl. Ralph Jöhl, Zur Praxis der substituierten Begründung der Wiedererwägung bei zu Unrecht ergangenen Anpassungsverfügungen, AJP 8/2004 S. 1001 ff.), da es um die Korrektur einer anfänglich unrichtigen Verfügung geht (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, a.a.O., S. 350 ff.). Wird im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens nur der aktuelle Sachverhalt erhoben und dann mit demjenigen verglichen, auf den sich die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt hatte, so besteht die Gefahr, dass die abweichende medizinische Einschätzung eines unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes fälschlicherweise als nachträgliche Sachverhaltsveränderung interpretiert wird. Es ergeht dann in



Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG eine Revisionsverfügung, obwohl das entscheidende Tatbestandselement der Revision, die nachträgliche Veränderung des leistungserheblichen Sachverhalts, gar nicht erfüllt ist. Die abweichende Einschätzung des unverändert gebliebenen Sachverhalts würde zwar allenfalls eine Wiedererwägung der ursprünglichen, formell rechtskräftigen Rentenzusprache rechtfertigen. Aber dies wird im Rahmen des vorgeblichen Revisionsverfahrens gar nicht geprüft, da die Verwaltung ja an eine nachträgliche Sachverhaltsveränderung glaubt. Hinzu kommt, dass es eine Wiedererwägung mit Wirkung ex nunc entgegen einer weit verbreiteten Auffassung gar nicht gibt, weil die Wiedererwägung notwendigerweise den Widerruf der ursprünglichen, formell rechtskräftigen Leistungszusprache voraussetzt. Um derartige unzulässige "Scheinrevisionen" einer laufenden Invalidenrente zu vermeiden, darf sich die medizinische Abklärung im Rentenrevisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht auf die Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes beschränken. Ergibt die Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes eine Abweichung gegenüber dem Gesundheitszustand, auf den sich die ursprüngliche Leistungszusprache gestützt hatte, muss vielmehr zusätzlich abgeklärt werden, ob diese Abweichung auf eine seither eingetretene Veränderung zurückzuführen ist. Gegenstand des Rentenrevisionsverfahrens bildet also nicht nur die Beantwortung der Frage nach dem aktuellen Sachverhalt, sondern auch die Beantwortung der Frage nach der Sachverhaltsentwicklung seit der ursprünglichen Rentenzusprache (bzw. seit der letzten Rentenrevision).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, die revisionsweise Herabsetzung seiner ganzen auf eine halbe Invalidenrente scheitere bereits daran, dass der aktuelle Arbeitsfähigkeitsgrad nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad feststehe. Die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters des ZMB wichen nämlich ganz erheblich von derjenigen des behandelnden Psychiatrie-Zentrums ab. Während der psychiatrische Gutachter keine ICD-Diagnose erhoben habe, gebe das Psychiatrie-Zentrum zwei ICD-Diagnosen an (anhaltende somatoforme Schmerzstörung und sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle). Daraus habe das Psychiatrie-Zentrum einen Arbeitsfähigkeitsgrad aus psychiatrischer Sicht allein von 50% abgeleitet. Die Beschwerdegegnerin verteidigt



ihr Abstellen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB damit, dass der zuständige Arzt des RAD sinngemäss angegeben habe, es gebe keinen Grund, von der Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB abzuweichen, weil beide auf 50% lauteten. Diese Argumentation der Beschwerdegegnerin vermag nicht zu überzeugen, denn es kommt nicht auf die Höhe der Arbeitsfähigkeitsschätzung an. Im einen Fall beruht die Arbeitsfähigkeit von 50% nämlich auf einer interdisziplinären Einschätzung und im anderen Fall handelt es sich um eine Einschätzung aus rein psychiatrischer Sicht. Vielleicht wäre die interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung höher ausgefallen, wenn anstelle der Einschätzung der psychiatrischen Sachverständigen diejenige des Psychiatrie-Zentrums einbezogen worden wäre. Die durch eine Arbeitsunfähigkeit entstehende Möglichkeit, die tägliche Arbeitszeit zu verkürzen, in einem reduzierten Tempo zu arbeiten oder mehr Pausen einzulegen, dient i.d.R. sowohl der körperlichen als auch der psychischen Schonung bzw. Erholung. Deshalb wird die psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit i.d.R. nicht zu der somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit addiert. Nur in besonderen Fällen ist eine (teilweise) Addition notwendig. Ob ein solcher Ausnahmefall vorgelegen hätte, wenn die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums anstelle der Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters in die polydisziplinäre Einschätzung eingeflossen wäre, lässt sich nicht beurteilen. Die Frage kann aber offen bleiben, denn die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums verfügt über keinen ausreichenden Beweiswert. Es handelt sich nämlich um eine Einschätzung eines behandelnden Arztes. Derartige Einschätzungen erfolgen erfahrungsgemäss aus therapeutischer Sicht. Es wird also nicht die Frage gestellt, was die behandelte Person bei Aufbietung der zumutbaren Willenskraft leisten könnte, sondern es wird danach gefragt, was die behandelte Person tun sollte, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden bzw. um diesen zu begünstigen. Eine unter dieser Prämisse abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung ist zur Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens zum vornherein unbrauchbar. Selbst wenn die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums nicht aus therapeutischer, sondern aus grundsätzlich gutachterlicher Sicht abgegeben worden wäre, könnte ihr kein ausreichender Beweiswert beigemessen werden. Erfahrungsgemäss pflegen behandelnde Ärzte nämlich die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit nicht objektiv, sondern ganz oder teilweise aus der Sicht ihres Patienten zu beurteilen, da sie meist über lange Zeit



dessen Klagen ausgesetzt gewesen sind und da die subjektive Selbsteinschätzung des Patienten sich in der Realität bestätigt, weil dieser sich konsequent entsprechend verhält. Hinzu mag – unbewusst – der Wunsch kommen, dem Patienten, dem man auf therapeutischem Weg nicht hat helfen können, wenigstens zu Sozialversicherungsleistungen zu verhelfen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung eines behandelnden Arztes vermag also nur dann einen relevanten Beweiswert zu entfalten, wenn sich ihrer Begründung ein in jeder Hinsicht objektiver Standpunkt des behandelnden Arztes entnehmen lässt. Dies trifft auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums nicht zu. Vielmehr enthält sie Hinweise darauf, dass sie therapeutisch beeinflusst sein könnte. Bei psychiatrischen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen gilt das in besonders grossem Mass, was der Beschwerdeführer gegen dem Gutachten des ZMB geltend gemacht hat: Der Beurteilungsspielraum ist sehr hoch, denn das Ausmass der Erkrankung lässt sich nur über die Aussagen und das Verhalten der explorierten Person ermitteln. Es gibt kaum objektiv messbare Symptome. Ob eine psychiatrische ICD-Diagnose gestellt werden kann oder nicht, ist für die Therapie oft gar nicht relevant. Sie erleichtert allerdings die Vergütung der Therapiekosten durch die Krankenversicherung. Der diesbezüglichen Differenz zwischen dem ZMB-Gutachten und dem Bericht des Psychiatrie-Zentrums ist deshalb keine Bedeutung beizumessen. Auch diesbezüglich erweisen sich die Angaben im ZMB-Gutachten als überzeugender. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums nicht in einem Ausmass Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB zu wecken vermag, das es nicht mehr erlauben würde, einen Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers in einer adaptierten Erwerbstätigkeit von 50% als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten. Es steht somit fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Abklärung durch das ZMB in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu 50% arbeitsfähig gewesen ist.

2.2 Die Sachverständigen der MEDAS St. Gallen haben im Jahr 2000 eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 70% ermittelt. Im Zeitpunkt der Untersuchung durch das ZMB im Jahr 2007 hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers 50% betragen. Diese Differenz allein vermag nach dem oben Ausgeführten noch keine Rentenrevision zu begründen. Vielmehr muss feststehen, dass es sich um die Folge einer erheblichen Veränderung des massgebenden Sachverhalts (und nicht nur um eine abweichende Beurteilung eines gleichgebliebenen



Sachverhalts) handelt. Die Beschwerdegegnerin ist sich der Notwendigkeit des Nachweises einer erheblichen Sachverhaltsveränderung bewusst gewesen, denn sie hat die Sachverständigen des ZMB ausdrücklich gefragt, ob sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache geändert habe. Die Antwort im Gutachten vom 30. August 2007 ist nicht eindeutig ausgefallen. Es ist nämlich ausgeführt worden, es sei in den vergangenen sieben Jahren zu einer gewissen Anpassung gekommen. Psychiatrisch sei im Jahr 2000 ein depressiv gefärbtes Schmerzsyndrom festgestellt worden. Aktuell stünden psychiatrisch nur noch die Selbstlimitierung und die psychosozialen Probleme zur Diskussion. Eine eigentliche psychiatrische Diagnose habe nicht mehr gestellt werden können. Im Jahr 2000 sei das metabolische Syndrom angeführt worden. Aktuell habe dieses Syndrom keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. In ihrer Stellungnahme zur früheren Arbeitsfähigkeitsschätzung haben die Sachverständigen des ZMB aber ausgeführt, es sei nicht verständlich, dass die MEDAS St. Gallen im Jahr 2000 in der Schlussbeurteilung von einem 70%igen Arbeitsunfähigkeitsgrad ausgegangen sei. Es sei nämlich nicht vollkommen nachzuvollziehen, warum aufgrund des damals erstmals diagnostizierten Diabetes mellitus Typ II und des depressiv überlagerten Schmerzsyndroms eine volle Invalidisierung bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 70% für angemessen betrachtet worden sei. Das Ergebnis der interdisziplinären Diskussion der ZMB-sachverständigen ist also widersprüchlich. Einerseits wird die Frage nach einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes und damit nach einer Reduktion des Arbeitsfähigkeitsgrades von 70% auf 50% bejaht. Andererseits wird die frühere Arbeitsfähigkeitsschätzung als nicht überzeugend bezeichnet, weil nicht nachzuvollziehen sei, weshalb die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50% und die psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 25% teilweise addiert worden seien.

2.3 Die Sachverständigen der MEDAS St. Gallen müssen im Jahr 2000 aufgrund ihrer interdisziplinären Diskussion davon ausgegangen sein, dass die Kombination aus Rücken-, Schulter- und Kniebeschwerden, aus psychischen Beschwerden (depressiv überlagertes Schmerzsyndrom) und aus dem metabolischen Syndrom eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe, die nicht dem höchsten Einzelarbeitsunfähigkeitsgrad (50% wegen der Rücken-, Schulter- und Kniebeschwerden) entspreche, sondern diesen übersteige. Sie sind also davon



ausgegangen, dass die Erleichterung, welche eine Reduktion des Beschäftigungsgrades auf 50% verschaffen würde, dem Beschwerdeführer nicht reichen würde, um sich durch eine verkürzte Tagesarbeitszeit, durch vermehrte und/oder verlängerte Pausen oder durch eine Reduktion des Arbeitstempos zu erholen. Zwar kann die Frage, ob eine revisionsrechtlich erhebliche Sachverhaltsveränderung eingetreten sei, nur beantwortet werden, wenn der Sachverhalt im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung als Vergleichsgrundlage bekannt ist. Weicht die damalige Sachverhaltsannahme allerdings offenkundig vom damals effektiv bestehenden Sachverhalt ab, so muss auf letzteren als Vergleichsbasis abgestellt werden, d.h. der damals effektiv bestehende Sachverhalt muss nachträglich noch ermittelt werden. Das bedeutet allerdings nicht, dass schon bei einem leichten Zweifel an der Richtigkeit der damaligen, der materiellen Rentenprüfung zugrunde gelegten Sachverhaltsannahme eine nachträgliche Abklärung des damals effektiv bestehenden Sachverhalts erfordern würde, denn dies liefe in allzu vielen Fällen inhaltlich auf eine Neuprüfung hinaus, wie sie für eine Wiedererwägung typisch wäre. Die nachträgliche Ermittlung des damaligen effektiven Sachverhalts im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens zur Schaffung einer verlässlichen Vergleichsgrundlage ist nur dann notwendig, wenn erhebliche Zweifel daran bestehen, dass bei der letztmaligen materiellen Rentenprüfung vom effektiven Sachverhalt ausgegangen worden sei. Im vorliegenden Fall haben die Sachverständigen des ZMB wohl nur deshalb Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2000 geäussert, weil eine Addition der verschiedenen spezialärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen selten vorkommt und deshalb einer besonderen Begründung bedarf und weil diese Begründung im damaligen Gutachten fehlte. Vergleicht man diese Situation mit dem wohl häufigsten Problemfall, der Zusprache einer hohen Invalidenrente auf der Grundlage eines Hausarztberichts, der bei einer nicht spezialärztlich abgestützten Diagnose und einer wenig eindrucksvollen Ausprägung der entsprechenden Krankheit eine Arbeitsunfähigkeit enthalten hat, so ist ohne weiteres zu erkennen, dass es im vorliegenden Fall nur um einen leichten Zweifel handeln kann. Es besteht deshalb keine Notwendigkeit, den Sachverhalt im Jahr 2000 nachträglich nochmals genau abzuklären, um den Verdacht des Beschwerdeführers, es könnte sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen des ZMB um eine abweichende Einschätzung eines unveränderten Sachverhalts handeln, zu



widerlegen. Vielmehr steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erhebliche Sachverhaltsveränderung eingetreten ist, die den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers von 70% auf 55% hat sinken lassen.

3.

3.1 Der Grundsatz der 'Eingliederung vor Rente' soll nach der Rechtsprechung einer Rentenrevision vorgehen und zwar selbst dann, wenn die Revision eine Herabsetzung oder eine Aufhebung der Rente zur Folge hat (vgl. die bei Hardy Landolt, Eingliederung vor Rentenrevision, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2008, S. 136 Fn. 88 angeführten Urteile). Die notwendige Eingliederungsmassnahme soll dabei im Ergebnis die Rentenherabsetzung oder –aufhebung hinauszögern, da die Revisionswirkung erst mit der Eröffnung der entsprechenden Verfügung eintrete (vgl. Hardy Landolt, a.a.O., S. 145 f.). Diese Auffassung verkennt das Wesen des Grundsatzes der 'Eingliederung vor Rente'. Dieser Grundsatz "bildet die zentrale Ausprägung des Grundsatzes der Schadenminderungspflicht [...]" (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Vorbemerkungen N. 47 S. 22). Gemeint ist die Pflicht einer versicherten Person, sich Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen, um die Entstehung einer einen Rentenanspruch begründenden Invalidität zu verhindern oder diese wenigstens so klein wie möglich zu halten (i.S. einer Schadenverhinderungs- bzw. Schadenminderungspflicht i.e.S.). Nicht unter den Grundsatz der 'Eingliederung vor Rente' zu subsumieren ist also der reine Anspruch auf Eingliederung, da dieser nicht geeignet ist, die Entstehung einer einen Rentenanspruch begründenden Invalidität zu verhindern oder eine solche Invalidität ganz oder teilweise zu überwinden. Beispiele für einen reinen Eingliederungsanspruch sind etwa der Umschulungsanspruch einer versicherten Person, die in ihrem angestammten Beruf dauernd zu 20% arbeitsunfähig ist oder der Bezüger eine ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70%, der eine Umschulung benötigt, um die verbliebene Leistungsfähigkeit von 30% sinnvoll erwerblich verwerten zu können. Revisionsrechtlich kommt der Grundsatz der 'Eingliederung vor Rente' also immer dann zur Anwendung, wenn sich der Gesundheitszustand eines Rentners so verbessert, dass neu eine Eingliederungsfähigkeit besteht. In diesem Moment entsteht nämlich eine Schadenminderungspflicht, also die Pflicht, sich einer Eingliederungsmassnahme zu



unterziehen, um so den Invaliditätsgrad zu senken, idealerweise bis auf 0%, jedenfalls aber unter 40%. Eine derartige Verbesserung des Gesundheitszustandes zwingt die IV-Stelle dazu, ein Verwaltungsverfahren zu eröffnen, das der Überprüfung der Eingliederungsmöglichkeiten und gegebenenfalls der Durchführung/Durchsetzung der Eingliederung dient. Das Rentenrevisionsverfahren wird erst dann eröffnet, wenn die Eingliederung – erfolgreich – abgeschlossen ist, denn erst dann hat die Eingliederung ihren Zweck, die rentenspezifische Invalidität zu beseitigen oder wenigstens zu verringern, erreicht und erst dann besteht kein Rentenanspruch mehr oder nur noch ein Anspruch auf eine tiefere Rente. Die Rentenrevision ist also die Folge der Eingliederung.

3.2 In diesem Sinn gibt der Titel der entsprechenden Abhandlung von Hardy Landolt, "Eingliederung vor Rente" (vgl. Hardy Landolt, a.a.O., S. 117 ff.), den korrekten Verfahrensablauf wieder. Allerdings ist Hardy Landolt in seiner Abhandlung aber von einem anderen Verfahrensablauf ausgegangen: Aufgrund einer Sachverhaltsveränderung, welche eine Veränderung des Invaliditätsgrades bewirken könnte, soll ein Rentenrevisionsverfahren eröffnet werden. Bevor die Rente aber nach unten revidiert werden kann, soll in jedem Fall noch die Eingliederung geprüft und gegebenenfalls durchgeführt werden. Dabei bleibt aber unbeachtet, dass der eigentliche Auslöser eines Verwaltungsverfahrens mit dem Ziel einer möglichen Revision der Invalidenrente die Sachverhaltsveränderung ist, welche die Eingliederungsfähigkeit des Rentners wiederhergestellt hat. Diese Sichtweise ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass viele der publizierten Urteile Fälle betreffen, in denen Hilfsarbeiter eine höherwertige Umschulung benötigen würden, um die rentenbegründende Invalidität zu überwinden oder wenigstens zu reduzieren, dazu aber schon bei der ursprünglichen Rentenzusprache nicht fähig gewesen sind. In solchen Fällen besteht nämlich eine natürliche Vermutung dafür, dass dies trotz der Verbesserung des Gesundheitszustandes weiterhin gilt, so dass von einer Veränderung des Invaliditätsgrades ohne weiteres auf eine entsprechende Veränderung des Invaliditätsgrades geschlossen und sofort die Rentenrevision verfügt werden kann. In solchen Fällen hat die Veränderung des Gesundheitszustandes nämlich kaum je das Entstehen einer relevanten Eingliederungsfähigkeit zur Folge, da die Eingliederungsunfähigkeit ja auf andere Gründe (z.B. intellektuelle Überforderung durch eine höherwertige Umschulung) zurückzuführen ist. Das ist aber entgegen dem durch



die publizierten Urteile erweckten Eindruck nicht der Normalfall. Dieser besteht vielmehr darin, dass die Sachverhaltsveränderung zunächst die Entstehung der Eingliederungsfähigkeit zur Folge hat, so dass die IV-Stelle ein Verwaltungsverfahren zur Prüfung und gegebenenfalls zur Durchführung/Durchsetzung der Eingliederungspflicht zu eröffnen hat. Die Frage nach einem allfälligen Rentenrevisionsbedarf kann erst anschliessend beantwortet werden. Nur in diesem Sinn kann also von einer 'Eingliederung vor Rentenrevision' gesprochen werden.

3.3 Im vorliegenden Fall liegt nun allerdings ein klassischer "Hilfsarbeitersachverhalt" vor. Schadenmindernd könnte nur eine höherwertige Umschulung wirken, denn nur dadurch würde der Beschwerdeführer in die Lage versetzt, bei einem Beschäftigungsgrad von 50% mehr als 50% oder sogar mehr als 60% seines Valideneinkommens zu verdienen. Eine qualifizierte Berufsausbildung kommt aber für den Beschwerdeführer schon deshalb nicht in Frage, weil er nicht über die notwendigen intellektuellen Ressourcen verfügt. Möglicherweise ebenfalls geeignet, den Invaliditätsgrad weiter sinken zu lassen, wäre eine Reoperation der Diskushernie. Damit wäre allerdings ein beträchtliches Risiko einer Verschlechterung verbunden, so dass diese Eingliederungsmassnahme medizinischer Art nicht in Frage kommt. Demnach besteht keine Eingliederungspflicht des Beschwerdeführers, so dass die Beschwerdegegnerin es im Ergebnis zu Recht unterlassen hat, im Hinblick auf eine allfällige Verminderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Der vorliegende Fall unterscheidet sich dadurch von dem vom Bundesgericht im Entscheid vom 28. April 2008 (9C_720/2007, besprochen in SZS 2009 S. 147 ff.), dass dort zwar eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingetreten war, die entsprechende Erhöhung der Arbeitsfähigkeit aber nur theoretischer Natur war, weil die versicherte Person nur mittels medizinisch-rehabitativer Massnahmen in die Lage versetzt werden konnte, die theoretisch wiedererlangte Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich erwerblich umzusetzen. Bei genauer Betrachtung hat die Besonderheit jenes Falles also nur darin bestanden, dass die medizinischen Sachverständigen einen von Art. 6 Satz 1 ATSG abweichenden Begriff der Arbeitsfähigkeit verwendet haben. Art. 6 Satz 1 ATSG definiert nicht eine theoretische, gar nicht auf dem Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit, sondern eine praktische Arbeitsfähigkeit. Diese praktische Arbeitsfähigkeit war von der versicherten Person noch gar nicht wiedererlangt worden, so dass sich noch gar keine



rentenrelevante Sachverhaltsveränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingestellt hatte. Im vorliegenden Fall ist demgegenüber eine Verbesserung der praktischen Arbeitsfähigkeit eingetreten. Der Beschwerdeführer hat keiner medizinisch-rehabilitativer Massnahme bedurft, um seine praktische Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Deshalb hat die revisionsweise Herabsetzung der laufenden ganzen auf eine halbe Rente erfolgen können.

3.4 Damit bleibt die Frage zu beantworten, ob ein reiner Eingliederungsanspruch die revisionsweise Herabsetzung einer laufenden Invalidenrente verzögern kann. Da der reine Eingliederungsanspruch definitionsgemäss nicht geeignet ist, einen bestehenden Rentenanspruch zu verringern oder die Entstehung eines Rentenanspruchs zu verhindern, kann kein direkter Zusammenhang zwischen einer solchen Eingliederungsmassnahme und der Rentenrevision bestehen. Ein Zuwarten mit der revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente liesse sich in einem solchen Fall wohl nur mit Vertrauensschutzüberlegungen rechtfertigen: Wer lange Zeit eine Rente bezogen hat und deshalb aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden ist, soll einen Anspruch darauf haben, bei einer Rückkehr in den Arbeitsprozess durch die IV-Stelle unterstützt zu werden. Die Palette der der IV-Stelle zur Verfügung stehenden Eingliederungsmassnahmen muss dazu ausreichen. Zu klären bleibt, ob die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erst verfügt werden darf, wenn die Rückkehr in den Arbeitsprozess geglückt ist. Im vorliegenden Fall kämen aufgrund der Unfähigkeit des Beschwerdeführers, erfolgreich eine höherwertige Umschulung zu absolvieren, nur Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG) und eine Arbeitsvermittlung (allenfalls mit Eingliederungstaggeldern) nach Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG in Frage. Die ganze Rente würde also erst dann auf eine halbe Rente herabgesetzt, wenn der Beschwerdeführer eine adaptierte Arbeitsstelle hätte. Abgesehen davon, dass damit im Ergebnis eine 50%ige Arbeitslosigkeit zu einer 50%igen Invalidenrente berechtigen würde, was systemwidrig und mit dem Sinn und Zweck der den Rentenanspruch definierenden Gesetzesbestimmungen nicht in Übereinstimmung zu bringen wäre, und dass die Dauer der Weiterausrichtung der ganzen Rente unbestimmt wäre, wäre es wohl nicht einfach, eine passende Stelle zu finden, denn der Beschwerdeführer wäre aufgrund der Möglichkeit, durch seine 50%ige Arbeitslosigkeit den Bezug der ganzen Rente zu verlängern, wenig motiviert, sich Integrationsmassnahmen zu unterziehen und anschliessend eine Arbeitsstelle



anzutreten. Generell ist festzuhalten, dass das Vertrauen in die Weiterausrichtung der ganzen Rente bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nicht als so stark einzuschätzen ist, dass es allein die zeitlich unbestimmte Weiterausrichtung der ganzen Rente rechtfertigen könnte. Andere Gründe, die für eine Weiterausrichtung der ganzen Rente sprechen würden, sind nicht erkennbar. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer sich nicht auf einen Grundsatz der 'erfolgreichen Verwirklichung des Eingliederungsanspruchs vor Rentenrevision' berufen kann. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. August 2008 auf eine halbe Rente herabgesetzt.

4.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hat grundsätzlich die Gerichtsgebühr zu übernehmen. Diese ist nach dem Verfahrensaufwand im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Der konkrete Verfahrensaufwand ist als durchschnittlich zu betrachten, so dass die Gerichtsgebühr praxismässig auf Fr. 600.- festzusetzen ist. Auf eine Erhebung dieser Gerichtsgebühr wird aber verzichtet, da dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist. Sollten es die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers später einmal erlauben, die Gerichtsgebühr zu bezahlen, so kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung verpflichtet werden. Dasselbe gilt für die zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung vom Staat zu übernehmenden Vertretungskosten des unterliegenden Beschwerdeführers (Art. 288 Abs. 1 ZPG/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Diese bemessen sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Auch in diesem Zusammenhang ist der vorliegende Prozess als durchschnittlich zu betrachten, was praxismässig eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) rechtfertigen würde. Nun ist die Entschädigung bei der unentgeltlichen Verbeiständung aber um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes). Der Staat hat den Beschwerdeführer somit nur mit Fr. 2800.- zu entschädigen.

5.



Der Beschwerdeführer hat in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2008 zum Vorbescheid vom 4. Januar 2008 sinngemäss das Eventualbegehren gestellt, es seien berufliche Abklärungen oder Massnahmen durchzuführen, falls nicht von einem unveränderten rentenrelevanten Sachverhalt ausgegangen werde. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2008 nicht zu diesem Eventualbegehren Stellung genommen, obwohl sie die ganze Invalidenrente revisionsweise auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt hat. Das entsprechende Leistungsbegehren ist, soweit das anhand der Akten beurteilt werden kann, bisher von der Beschwerdegegnerin nicht behandelt worden. Die Sache ist deshalb zur Prüfung dieses Leistungsbegehrens der Beschwerdegegnerin zu überweisen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- auferlegt; er wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2800.-.
4. Die Sache wird zur Prüfung eines allfälligen Anspruchs des Beschwerdeführers auf Integrations- oder andere Eingliederungsmassnahmen der Beschwerdegegnerin überwiesen.