

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 98

Entscheid vom 11. März 2019

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

C. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Erhöhung einer Invalidenrente)

Sachverhalt:

A. C. _____, geb. 12. Oktober 1958, stammt aus Kosovo. In seiner Heimat hat er die Hotelfachschule absolviert. Seit 1987 lebt er in der Schweiz, wo er seit seinem Zuzug in verschiedenen Gastrobetrieben gearbeitet und inzwischen die schweizerische Staatsbürgerschaft erhalten hat. Ab 1992 arbeitete er in verschiedenen Filialen und in diversen Funktionen (Kellner, Chef de Service, Geschäftsführer) für die Restaurantkette A. _____. Zuletzt war er ab 2004 bis zur Schliessung des Lokals Ende Januar 2007 im Restaurant A. _____ in Zürich Altstetten tätig. In der Folge war er während ca. zwei Jahren arbeitslos. Ab 2009 betrieb er als Selbständigerwerbender in Winterthur einen Imbiss-Stand. Wegen baulicher Probleme (fehlende Toilette) musste er diesen Betrieb schliessen. Am 6. Dezember 2010 meldete er sich wegen gesundheitlicher Probleme (Depression) bei der IV-Stelle Zürich (SVA Zürich) zum Bezug von Leistungen an (Vi-act. 3).

B. Mit Verfügung vom 20. Februar 2013 sprach die SVA Zürich C. _____ ausgehend von einem IV-Grad von 58% eine halbe Rente ab dem 1. Juni 2011 zu (Vi-act. 61-62). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Mit Mitteilung vom 23. Mai 2013 gewährte die IV-Stelle Schwyz (nachdem C. _____ in den Kanton Schwyz umgezogen war) Arbeitsvermittlung (Vi-act. 71). Am 7. Januar 2014 verfügte die IV-Stelle Schwyz den Abschluss der Arbeitsvermittlung, nachdem sich C. _____ zu Arbeitseinsätzen nicht in der Lage fühlte. Ab dem 1. Februar 2015 arbeitete C. _____ in einem Pensum von 20% als Nachtportier im B. _____ in Richterswil (Vi-act. 91). Diese Tätigkeit gab er am 31. Juli 2016 auf, da die Stelle aufgehoben wurde (Vi-act. 107-1/11).

C. Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab C. _____ am 16. Dezember 2015 an, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (Bandscheibenvorfall, Vi-act. 89-1/3). In der Folge holte die IV-Stelle verschiedene medizinische Berichte ein. Am 29. August 2016 teilte die IV-Stelle C. _____ mit, dass keine Änderung festgestellt werden konnte, weshalb weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestehe (Vi-act. 98). Unter Hinweis auf eine im August 2016 durchgeführte Operation verlangte C. _____ in der Folge den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (Vi-act. 99). Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte veranlasste die IV-Stelle die Durchführung einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung unter Einbezug der Fachbereiche Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Pneumologie, Neurologie und Urologie (Vi-act. 117). Nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens

(dat. 19.12.2017, Vi-act. 129) sprach die IV-Stelle Schwyz mit Verfügung vom 5. Oktober 2018 folgende Leistungen zu (Vi-act. 147-1/5):

Ab 01.11.2016 befristet bis 31.03.2017 hat Herr C._____ Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 01.04.2017 besteht wieder Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente.

D. Gegen diese Verfügung lässt C._____ mit Eingabe vom 2. November 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 5. Oktober 2018 sei dahingehend abzuändern, dass dem Beschwerdeführer spätestens ab November 2016 eine unbefristete ganze Invalidenrente, ev. ab April 2017 eine Dreiviertelsrente zusteht.
2. Eventualiter habe das Gericht ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 7. Januar 2019 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Zur Vernehmlassung der IV-Stelle lässt sich der Beschwerdeführer mit Replik vom 15. Januar 2019 vernehmen, wobei er an seinen Anträgen festhält. Dazu äussert sich die Vorinstanz mit Eingabe vom 5. Februar 2019.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass der Versicherte Anspruch auf IV-Rentenleistungen hat. Der Versicherte bezieht denn auch mit Wirkung seit dem 1. Juni 2011 eine halbe IV-Rente. Streitig ist vorab, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, um die bisherige halbe Rente zu erhöhen. Während die Vorinstanz gestützt auf das ABI-Gutachten vom 19. Dezember 2017 in der angefochtenen Verfügung von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgeht und einen IV-Grad von 58% ermittelt hat (abgesehen von der Anerkennung eines Anspruchs auf eine ganze Rente für einen begrenzten Zeitraum nach der Rückenoperation), argumentiert der Beschwerdeführer, dass er aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nur mehr im Umfang von maximal 20% arbeitsfähig sei und mithin Anspruch auf eine ganze Rente habe.

2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom

6.10.2000). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 134 V 131 Erw. 3); dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (Urteile BGer 9C_292/2012 vom 7.8.2012 Erw. 2.3; I 232/05 vom 28.9.2006 Erw. 3.3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (siehe SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, Urteil BGer 8C_133/2013 vom 29.5.2013 Erw. 4.1). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. zum Ganzen Urteile BGer 8C_815/2011 vom 7.2.2012 Erw. 3.2; 8C_567/2011 vom 3.11.2012 Erw. 4.2 m.H.).

2.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 Erw. 3.2.3).

2.3 Wird die Frage nach einer anspruchsrelevanten Veränderung des Sachverhalts im Sinne einer revisionsbegründenden erheblichen Gesundheitsveränderung bejaht, ist der IV-Grad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. Urteil BGer 8C_261/2017 vom 11.9.2017 Erw. 3 mit Verweis auf BGE 141 V 9 Erw. 2.3 S. 11). Es ist nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Herauf-, Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente führt (BGE 117 V 198 Erw. 4b; 139 V 28 Erw. 3.3.1; 9C_378/2014 vom 21.10.2014 Erw. 4.2 m.H.).

2.4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe

des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 Erw. 1.4; BGE 125 V 261 Erw. 4, BGE 115 V 134 Erw. 2, BGE 114 V 314 Erw. 3c, BGE 105 V 158 Erw. 1).

2.4.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; Urteil BGer 9C_278/2016 vom 22.7.2016 Erw. 3.2.2). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 Erw. 2.2.4).

2.4.3 Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu Urteil BGer 8C_130/2017 vom 30.11.2017) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 Erw. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1).

2.4.4 Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisforderungen (Erw. 2.1 und 2.2 vorstehend), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon los-

gelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

3. Zum Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitpunkt der Rentenzusprechung vom 20. Februar 2013 ergibt sich aus den Akten:

3.1 Gemäss dem Hausarzt des Versicherten, Dr.med. F._____, bestand seit 2010 eine mittelgradige depressive Episode, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt. Als weitere Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein metabolisches Syndrom bei schwergradigem obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom bei COPD, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Hypercholesterinämie genannt (Vi-act. 47-5/15). Der Hausarzt erachtete den Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Koch oder Leiter eines Restaurationsbetriebes als nicht mehr arbeitsfähig. Der Versicherte sei aktuell weder körperlich noch geistig noch psychisch belastbar. Es wurde auf eine Hospitalisation in der Clenia Littenheid vom 23. Januar bis zum 28. März 2012 hingewiesen und im Weiteren auf Auskünfte der behandelnden Ärzte beim SPD Lachen verwiesen (Vi-act. 47-6/15).

3.2 Im Austrittsbericht der Clenia Littenheid vom 16. April 2012 wurde ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt (Vi-act. 47-9/15). Zur Arbeitsfähigkeit wurden keine Ausführungen gemacht. Im SPD-Bericht vom 31. Juli 2012 wurde auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt und zudem auf die somatischen Einschränkungen hingewiesen (metabolisches Syndrom, Schlafapnoe-Syndrom bei COPD, kardiovaskuläre Probleme). Die Arbeitsfähigkeit wurde auf maximal vier Stunden pro Tag geschätzt (Vi-act. 49-2/5 f.).

3.3 Aktenkundig sind zudem Berichte des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. und 27. März 2012. Danach wurde beim Versicherten ein Schlaf-Apnoe-Syndrom schweren Grades diagnostiziert, wobei eine nächtliche Ventilationstherapie nicht installiert werden konnte, weil der Versicherte die CPAP-Maske – trotz technisch gutem Ergebnis – nicht anwenden wollte. Im Weiteren wurde eine obstruktive Ventilationsstörung mittelschweren Grades diagnostiziert, wobei ein Rauchstopp angesprochen, vom Versicherten aber abgelehnt wurde (Vi-act. 129-37/59 f.). Im Weiteren wurde wegen Thoraxschmerzen auch eine kardiologische Abklärung durchgeführt, welche jedoch keinen relevanten Befund ergab. Wegen hohem Risikoprofil und nicht aussagekräftiger Ergometrie wurde dennoch die Durchführung einer Koronarangiografie empfohlen (Vi-act. 129-47/59 f.). Eine solche wurde beim Versicherten am 30. April 2012 in der Klinik Im Park durchgeführt,

wobei keine stenosierende Koronarsklerose festgestellt werden konnte (Vi-act. 47-13/15 f.).

3.4 Der RAD-Arzt Dr.med U._____, Facharzt Allgemeinmedizin, führte in seiner Stellungnahme vom 8. November 2012 aus, dass weiterhin eine mittelgradige depressive Episode bestehe und die Arbeitsfähigkeit 50% betrage in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit. Eine Tätigkeit als Geschäftsführer bleibe vorderhand unzumutbar. Eingliederungsmassnahmen seien angezeigt (Vi-act. 58-4/5).

3.5 Gestützt auf diese medizinischen Befunde anerkannte die SVA Zürich in der Folge eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Umfang von 50%. Behinderungsangepasste Tätigkeiten wie Überwachungsaufgaben, Lagerarbeiten oder Verpackungsaufgaben seien zu 50% zumutbar. Für den Zeitraum ab dem 1. Juni 2011 wurde eine halbe IV-Rente zugesprochen (Vi-act. 62).

4. Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 20. Februar 2013 ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

4.1 Mit Bericht zu Händen der IV vom 22. Dezember 2015 weist der Hausarzt des Versicherten auf verschiedene medizinische Abklärungen und Behandlungen seit der Rentenverfügung hin (Urininkontinenz, Therapien beim SPD, CT-Thorax wegen geschwollenem Lymphknoten). Als neue Diagnose führt der Hausarzt ein therapieresistentes cervicoradikuläres Syndrom rechts an (Vi-act. 93-1/19).

4.2 Am 4. Februar 2016 wurde der Versicherte wegen starken Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in Schulter und Arm sowie Taubheit und Kribbeln an Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger durch Dr.med. G._____, Facharzt für Neurologie (Spital Lachen) untersucht. Dieser stellte folgende Diagnosen (Vi-act. 96-2/4):

1. Sehr wahrscheinlich chronisches zervicoradikuläres Reizsyndrom und sensibles Ausfallsyndrom der Wurzel C6 oder C7 rechts
 - Aufgrund Platzangst kein MRT, im CT Segmentdegeneration HW5/6 mit hochgradigen Foraminalstenosen, deutlich weniger ausgeprägt HW6/7, hier mässiggradige Foraminalstenosen bds., soweit abgrenzbar bei reduzierter Auflösung
 - Klinisch abgeschwächter TSR rechts
 - Elektromyographisch keine sicheren Zeichen einer Denervation in der C5 bis C7 versorgten Kennmuskulatur rechts
 - (...)
2. Adipositas per magna

Die Prognose sei insgesamt schlecht.

4.3 Lic.phil. H._____, Fachpsychologe, SPD Lachen, hielt mit Bericht vom 20. April 2016 zu Handen der IV fest, dass der Versicherte an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode leide. Die depressive Symptomatik habe seit dem letzten IV-Bericht (2012) ständig zugenommen. Es fänden monatliche Sitzungen statt. Ab dem 1. Januar 2015 bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Vi-act. 95).

4.4 Am 18. August 2016 wurde der Versicherte in der Universitätsklinik Balgrist an der Halswirbelsäule operiert (Dekompression und Spondylodese cervical C5/6 und C6/7, Vi-act. 101-3/4). Im Austrittsbericht vom 23. August 2016 stellen Dr.med. I._____, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, und Dr.med. J._____, Assistenzarzt Orthopädie, folgende Austrittsdiagnosen (Vi-act. 99-5/7):

1. Schmerzhaft sensorische C6- und C7- Radikulopathie rechts bei
 - ausgeprägter Osteochondrose mit Punctum maximum C5/6, aber auch C6/7 mit Diskusprotrusionen und Einengung der Foramina beidseits
 - St.n. negativer Infiltration periradikulär C5/6 rechts, 09/2015
2. Lumbalgie mit Pseudoradikulopathie rechts bei Facettengelenkdegeneration L3/L4/L5
3. Metabolisches Syndrom
 - Adipositas (...).
4. Hypertonie
5. Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ II
6. COPD bei
 - fortgesetztem Nikotinabusus (2 Päckli/d ...)
 - obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom (CPAP-Maske wird nicht getragen)
7. Depressive Entwicklung
 - St.n. 2x Suizidversuch
8. St.n. Koronarangiographie 04/2012
 - keine stenosierende Koronarsklerose
9. Chronische Urininkontinenz
10. Perianale Blutabgänge, ED 2015
 - Ätiologie unbekannt
11. Nebenbefundlich 18.08.2016: Kavernom Hemisphere links

Auf Anfrage der IV-Stelle Schwyz hielten Dr.med. K._____ und Med.pract. L._____ am 21. September 2016 fest, der Patient sei noch in der ersten postoperativen Phase und aktuell bestünde eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine Prognose über eine allfällige Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne noch nicht abgegeben werden (Vi-act. 101-1/4 f.).

Dem Bericht der Uniklinik Balgrist vom 25. Oktober 2016 kann entnommen werden, dass der Patient nicht relevant von der Operation habe profitieren können. In der postoperativen Bildgebung habe eine Restenose C6/7 nachgewiesen werden können, was die Klinik teilweise erkläre (Vi-act. 112-4/11 f.).

Im Verlaufsbericht vom 17. Januar 2017 der Universitätsklinik Balgrist wird ausgeführt, die Beschwerden hätten postoperativ persistiert. Es seien weitere Abklärungen durchgeführt und eine Restenose C6/7 festgestellt worden. Zur Arbeitsfähigkeit wird nur rückwirkend Stellung genommen (100% AUF bis 2.10.2016, Vi-act. 108-1/6). Eine weiterdauernde Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

4.5 Dr.med. F._____ führte mit Verlaufsbericht vom 14. Februar 2017 gegenüber der Vorinstanz aus, dass mit der Operation vom 18. August 2016 keine Verbesserung der Lebensqualität habe erreicht werden können. Seines Erachtens sei der Patient anhaltend arbeitsunfähig (Vi-act. 112-2/11).

4.6 Im weiteren Verlauf trat eine Schwellung im Bereich der Operationsnarbe auf. Gemäss dem Bericht der Uniklinik Balgrist vom 20. Februar 2017 ergaben sich aber keine Hinweise für eine Abszessbildung (Vi-act. 112-6/11). Hinweise für eine Abszessbildung ergaben sich auch bei der Nachkontrolle vom 28. Februar 2017 nicht (Vi-act. 115).

4.7 Im Bericht des SPD (lic.phil. H._____) vom 21. März 2017 zu Händen der Vorinstanz wird ausgeführt, dass sich beim Patienten seit dem letzten Bericht (vom 20.4.2016) nichts geändert habe. Der Gesundheitszustand sei stationär (Vi-act. 113).

4.8 Am 29. und 30. August 2017 wurde der Versicherte durch Fachärzte des ABI (Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel) interdisziplinär begutachtet.

4.8.1 Dr.med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hält in seiner Beurteilung fest (Vi-act. 129-12/59):

Aus allgemeininternistischer Sicht steht ein metabolisches Syndrom im Vordergrund mit einer morbiden Adipositas mit BMI 47kg/m². Die übrigen Komponenten Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie sind mit der bestehenden Medikation gut eingestellt. (...). Aufgrund der Adipositas sind dem Exploranden körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bei körperlich leichten Tätigkeiten besteht aufgrund der Adipositas ebenfalls eine leichte Leistungseinschränkung, da sich der Explorand aufgrund des Gewichts nicht so schnell bewegen kann. (...).

4.8.2 Der psychiatrische Gutachter Dr.med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Aufgrund der psychischen Erkrankung sei der Versicherte in sämtlichen Tätigkeiten zu 50% eingeschränkt. Diesbezüglich habe sich die Situation seit 2011 nicht verändert. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht jedoch nicht attestiert werden.

Seit 2012 habe keine stationäre Behandlung mehr stattgefunden. Der Versicherte habe nach wie vor eine gute Beziehung zu seinen Familienangehörigen, sei in der Lage Auto zu fahren, erledige Einkäufe, unternehme regelmässig Spaziergänge und fahre auch regelmässig in seine Heimat. Suizidgedanken seien nicht vorhanden. All diese Umstände würden gegen das Vorliegen einer schweren Depression sprechen (Vi-act. 129-16/59).

4.8.3 Im rheumatologischen Teilgutachten gelangt Dr.med. O. _____, Facharzt für Rheumatologie, zu folgenden Diagnosen:

1. Chronische Zervikobrachialgie rechts (ICD-10 M50.1)
 - Status nach Dekompression und Spondylodese von ventral C5/6 und C6/7 08/2016 bei schmerzhafter sensorischer Radikulopathie C6 und C7 rechts bei foraminale Stenosen C5/6 und C6/7
 - DD: persistierendes radikuläres Reizsyndrom C7 und/oder C6 rechts
 - begleitendes myofaszielles Nacken-Schultergürtelsyndrom rechts
2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das rechte Bein (ICD-10 M54.4).

In der Beurteilung führt Dr.med. O. _____ u.a. aus (Vi-act. 129-21/59):

(...). Insgesamt ergeben sich bei der klinischen Untersuchung keine sicheren Inkonsistenzen, die diffuse Kraftabschwächung am rechten Arm und die schmerzhafteste Schulterproblematik rechts können jedoch durch ein radikuläres Syndrom ungenügend erklärt werden und sind doch am ehesten Zeichen einer gewissen Symptomausweitung. Funktionell liegt eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Armes vor und, aufgrund des mind. partiell radikulär-neuropathischen Beschwerdecharakters, auch eine verminderte allgemein-berufliche Belastbarkeit.

Anamnestisch wird zusätzlich ein Lumbalschmerz jeweils beim Aufstehen vom Sitzen geschildert mit diffuser Ausstrahlung in das rechte Bein. (...). Die Symptomatik entspricht einem lumbospondylogenen Syndrom mit pseudoradikulärer Symptomatik im Bereich des rechten Beines und führt zu einer leicht bis höchstens mässig-gradig eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hält Dr.med. O. _____ fest, wegen der Problematik im Bereich von Nacken/rechtem Arm seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr möglich. Für eine geeignete, körperlich leichte Tätigkeit mit nur sehr leichter bis leichter Belastung des rechten Arms und ohne Überkopfarbeiten sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der somatisch nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik um 30% vermindert.

4.8.4 Dr.med. P. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte eine residuelle Radikulopathie C7 rechts bei degenerativem HWS-Syndrom mit Zustand nach Dekompression und Spondylodese sowie eine funktionelle Halbseitenstörung rechts bei Verdacht auf somatoforme Überlagerung. In der Beurteilung führt er aus, dass die Dekompression – was zu erwarten gewesen sei – keine

Besserung erbracht habe. Die aktuelle Untersuchung ergebe als objektives Zeichen weiterhin eine TSR-Minderung rechts, aber keine Schwäche des Trizeps. Hingegen sei der weitere Untersuchungsbefund geprägt von einer funktionellen Ausgestaltung. Letztlich sei ausgehend von einem residuellen radikulären Syndrom C7 eine wesentliche somatoforme Überlagerung anzunehmen. Aus neurologischer Sicht bestehe für körperlich leichte Arbeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 129-24/59 f.).

4.8.5 Dr.med. Q._____, Facharzt für Urologie, diagnostizierte eine unklare Blasenfunktionsstörung. Eine progrediente Urininkontinenz bestehe seit ca. 2010. Aus urologischer Sicht liege für leichte und schwere Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit vor, jedoch sollte eine Toilette in direkter Erreichbarkeit zum Arbeitsplatz vorhanden sein. Dr.med. Q._____ weist im Weiteren auf therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung der Blasenfunktionsstörung hin (Vi-act. 129-27/59).

4.8.6 Dr.med. R._____, Facharzt für Pneumologie, gelangte zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 129-29/59):

1. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 F47.3)
 - Erstdiagnose mittels Polygraphie mit einem Apnoe-/Hypopnoeindex von 55/h und einem Desaturationsindex von 31/h am 19.03.2017 [recte 19.03.2012, Vi-act. 129-37/59] (Kantonsspital St. Gallen)
 - Risikofaktoren: Adipositas (...), Halsumfang 49 cm, enger Rachen und Nasenseptumdeviation
 - CPAP-Therapieversuch 20.03.2017 [recte 20.03.2012, Vi-act. 129-37/59, 129-44/59] (Split night) objektiv erfolgreich, jedoch subjektiv nicht toleriert
 - aktuell: ohne Therapie
2. Chronische obstruktive Lungenerkrankung Stadium 2/B nach GOLD (...)
 - mittelschwere, auf Beta-2-Simulation nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung mit ventilatorischen Reserven von 54%
 - Einschränkung der CO-Diffusionskapazität bei erhaltenem Gasaustausch in Ruhe
 - Risikofaktor: anhaltender Nikotinkonsum von 100 packyears (...).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hält Dr.med. R._____ fest, aus pneumologischer Sicht bestehe medizinisch theoretisch eine Ateminvalidität von 46%. Medizinisch praktisch seien dem Versicherten schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zuzumuten. Dagegen könnten ihm vorwiegend sitzende Arbeiten ohne Heben von schweren Lasten und ohne grössere Gehdistanz am Arbeitsplatz zugemutet werden. In Anbetracht der nicht behandelten Schlafapnoe sei der Versicherte aber nicht geeignet für das Führen von Fahrzeugen oder das Bedienen von gefährlichen Maschinen, solange die Schlafapnoe nicht erfolgreich behandelt werde. Aus therapeutischer Sicht empfahl Dr.med. R._____ einen nochmal-

gen CPAP-Versuch, nachdem der erste Versuch nur eine halbe Nacht durchgeführt worden sei und damit eine Gewöhnung an die CPAP-Maske gar nicht möglich gewesen sei. Zudem würden auch andere Therapieoptionen bestehen. Eine ambulante pulmonale Rehabilitation könnte die Dyspnoe und die Leistungsfähigkeit verbessern. Zudem sei der Nikotinkonsum zumindest stark zu reduzieren (Vi-act. 129-29/59 ff.).

4.8.7 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss (Vi-act. 129-33/59):

Zusammengefasst ist der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 50% arbeits- und leistungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit kann in einem Pensum von 4-6 Stunden täglich mit vermehrten Pausen verrichtet werden. Die Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer und psychiatrischer Sicht können nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Erholungspausen und langsames Arbeiten genutzt werden können. Die Belastungen bei der angestammten Tätigkeit übersteigen wahrscheinlich zu einem grossen Teil die von uns festgestellten zumutbaren Möglichkeiten.

Zum Beginn und zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit halten die Gutachter fest, infolge des psychischen Leidens bestehe seit mindestens 2011 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Diesbezüglich habe sich im Verlauf keine Veränderung ergeben. Die verminderte körperliche Belastbarkeit, insbesondere die Einschränkungen im rechten Arm, bestünden seit der Operation der HWS im August 2016. Die Gesamtarbeitsfähigkeit habe sich dadurch aber nicht verändert.

4.9 Der RAD-Arzt Dr.med. S._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt mit Stellungnahme vom 3. April 2018 fest, das ABI-Gutachten sei nachvollziehbar (Vi-act. 133-10/10). Bezüglich der Frage, ob infolge der Rückenoperation von einer (vorübergehenden) vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, hielt Dr.med. S._____ fest, diese Frage habe der rheumatologische Teilgutachter offen gelassen. Üblicherweise werde nach einer mehrsegmentalen Spondylodese von einer generellen Phase der Arbeitsunfähigkeit von bis zu sechs Monaten ausgegangen, dies bei Patienten mit weiteren gesundheitlichen Problemen (wie hier depressive Störung und internmedizinische Polymorbidität). Bei ansonsten gesunden Patienten (ohne IV-Verfahren) dauere die Reha-Phase in der Regel weniger lang (ca. 3 Monate). Im vorliegenden Fall sei deshalb eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Phase ab Operation bis zur Abschlusskontrolle vom 28. Februar 2017 zu akzeptieren.

4.10 Dr.med. F._____ attestierte dem Versicherte mit Zeugnis vom 1. Juni 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. April 2016 und bis auf weiteres (Vi-act. 144-6/7).

4.11 Der RAD-Arzt Dr.med. S._____ führte in der Stellungnahme vom 17. Juli 2018 unter Bezugnahme auf Einwände des Versicherten zum ABI-Gutachten aus, die von verschiedenen Teilgutachtern attestierten Arbeitsunfähigkeits-Grade seien nur in ganz seltenen und ausführlich begründeten Ausnahmefällen additiv zu bewerten. Dies sei hier nicht der Fall. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit wegen Depression, welche sich trotz der Schäden am Bewegungsapparat (mit isolierter Einschränkung von 30%) in angepasster Tätigkeit zu 50% Gesamtleistung verwerten lasse.

4.12 Mit Therapiebericht vom 21. September 2018 hielt lic.phil. H._____ fest, dass sich beim Versicherten seit dem letzten IV-Bericht nichts geändert habe. Der Patient sei seit dem 1. Januar 2015 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 149-2/2).

4.13 Gemäss dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten MRI-Bericht von Dr.med. T._____, Institut für Radiologie, Lachen, vom 21. September 2018, konnten eine Diskusprotrusion LWK 1/2 mit nicht relevanter Spinalkanaleinengung und ein Ödem im Bereich LWK 1/2 festgestellt werden. Eine Nervenwurzelkompression konnte nicht festgestellt werden (Bf-act. 3).

5.1 Insgesamt ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass seit der ursprünglichen Rentenfestsetzung neu ein chronisches Zervikobrachialsyndrom und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom eingetreten sind, wobei eine operative Behandlung des Zervikobrachialsyndroms keine relevante Besserung erzielte. Die weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (insbesondere mittelgradige depressive Episode, Schlaf-Apnoe-Syndrom, COPD, metabolisches Syndrom, Urininkontinenz) bestanden bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung, wobei in Bezug auf die Lungenfunktion aufgrund des hohen Nikotinkonsums von einer Verschlechterung ausgegangen wird (Vi-act. 129-30/59). Umstritten ist jedoch, ob die neu aufgetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad haben und mithin als erheblich im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu qualifizieren sind.

5.2 Die Vorinstanz stützt sich bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das ABI-Gutachten vom 19. Dezember 2017 ab, wo festgehalten wird, dem Beschwerdeführer sei aus polydisziplinärer Sicht eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 50% (tägliches Arbeitspensum von 4-6 Stunden mit vermehrten Pausen) zumutbar. Der Beschwerdeführer erachtet diese Schlussfolgerung im ABI-Gutachten als nicht nachvollziehbar. Nach der Operation an der Halswirbelsäule sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten, er sei dauernd – und nicht nur

vorübergehend wie von der Vorinstanz anerkannt – vollständig in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Er verweist diesbezüglich auf die Einschätzungen seines Hausarztes sowie seines psychologischen Therapeuten. Es sei zudem nicht nachvollziehbar, weshalb sich die auch im ABI-Gutachten anerkannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der neu eingetretenen rheumatologischen Beschwerden im Umfang von 30% bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit nicht auswirke und identisch mit der ursprünglichen Rentenverfügung von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen werde. Es sei ihm aufgrund der psychischen Beschwerden zudem nicht möglich, sechs Stunden pro Tag zu arbeiten. Auch sei bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit zu wenig berücksichtigt worden, dass der Versicherte polymorbid sei. Insgesamt sei er zu mindestens 80% arbeitsunfähig.

5.3 Der Versicherte wurde im Rahmen der ABI-Begutachtung sehr umfassend untersucht. Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass relevante medizinische Vorakten unberücksichtigt blieben. Auch wurden sämtliche Beschwerden berücksichtigt und fachärztlich abgeklärt. Aus den weiteren medizinischen Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die medizinischen Gutachter relevante funktionelle Einschränkungen übersehen hätten.

Der Multimorbidität des Versicherten wurde im ABI-Gutachten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers Beachtung geschenkt. Zweck eines interdisziplinären Gutachtens besteht gerade darin, bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage vorzunehmen (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 1.2.4; 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.2; I 514/06 vom 25.5.2007 Erw. 2.1). Im ABI-Gutachten erfolgt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (neben den einzelnen Einschätzungen der verschiedenen Fachgutachter) in der Schlussfolgerung aus polydisziplinärer Sicht (vgl. Vi-act. 129-33/59). Dieser Einschätzung liegt mithin die Berücksichtigung der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers zu Grunde.

Soweit der Beschwerdeführer auf die divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt und den psychologischen Therapeuten verweist, ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Gutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben vermag, wenn sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil BGer 9C_784/2011 vom 15.12.2011 Erw. 3.2 m.H., BGE

137 V 210 Erw. 1.2.4). Dies ist vorliegend nicht der Fall. In Bezug auf die psychische Erkrankung wird im Gutachten zu Recht von einem stationären Verlauf ausgegangen. Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestand eine mittelgradige depressive Episode (Vi-act. 47-9/15; 58-4/5). An dieser Diagnose hat sich zwischenzeitlich grundsätzlich nichts geändert, auch wenn im SPD-Bericht vom 20. April 2016 von einer "mittelgradig bis schweren depressiven Episode" gesprochen wird. Eine Intensivierung der Therapie fand nicht statt. Weiterhin wird nur eine eher niederschwellige Therapie durchgeführt mit "monatlichem Setting" beim Psychotherapeuten (Vi-act. 95-3/5) und Medikation durch den Hausarzt (Cypralex). Ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik war nicht mehr erforderlich. In Bezug auf die divergierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt ist zudem darauf hinzuweisen, dass dieser bereits vor Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ausgegangen ist (vgl. Vi-act. 47-6/15, Bericht vom 10.7.2012, wonach der Versicherte keiner Arbeit nachgehen könne, keine Möglichkeiten erkennbar seien, den Versicherten irgendwie einzugliedern und nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne). Diesbezüglich hat sich seine Einschätzung mithin nicht geändert. Ein wichtiger, im Gutachten nicht erkannter medizinischer Aspekt kann aus dieser divergierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht abgeleitet werden, zumal berücksichtigt werden darf, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsähnliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 Erw. 4.5; 125 V 351 Erw. 3a/cc; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3).

Soweit der Beschwerdeführer im Übrigen einwendet, die Schlussfolgerung im ABI-Gutachten, wonach im Verlauf bis zur Begutachtung keine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, sei nicht nachvollziehbar, zumal neue Diagnosen hinzugetreten seien, ist darauf hinzuweisen, dass sich diese Schlussfolgerung klar erkennbar auf den Verlauf der psychischen Erkrankung bezieht (Vi-act. 129-34/59). Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und ein Widerspruch ist nicht erkennbar.

Im Weiteren weist die Vorinstanz zu Recht darauf hin, dass die Kombination verschiedener Funktionsstörungen nicht notwendigerweise zu einer Zusammenrechnung der in den verschiedenen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten führt. Bei ihrem Zusammentreffen überschneiden sich die erwerblichen Auswirkungen in der Regel. Deshalb ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteile BGer 9C_204/2015 vom 29.4.2015 Erw. 6; 8C_619/2016 vom 17.11.2016 Erw. 4.2.2). Dass die ABI-Gutachter die rheumatologisch begründete

Arbeitsunfähigkeit von 30% und die psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50% nicht additiv werten, ist nachvollziehbar und stellt keinen Widerspruch des Gutachtens dar.

Insgesamt erweist sich das ABI-Gutachten als nachvollziehbar und begründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt hat. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich.

Gestützt auf das ABI-Gutachten und die weiteren medizinischen Akten ist zwar von einer Änderung des somatischen Gesundheitszustandes auszugehen, diese führt jedoch nicht zu einer zeitlich höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als sie bereits im Zeitpunkt der letzten Beurteilung der Anspruchsberechtigung bestand. Einschränkungen ergeben sich zusätzlich aufgrund der rheumatologischen Befunde (die pneumologischen Diagnosen bestanden bereits im Zeitpunkt der ersten Rentenzusprechung), weshalb nurmehr körperlich leichte Tätigkeiten ohne spezielle Belastung des rechten Arms in Frage kommen.

6.1 Umstritten ist im Weiteren die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Versicherten. Der Beschwerdeführer verneint dies. Er sei 60-jährig und polymorbid. Eine Arbeitsgelegenheit auf dem Arbeitsmarkt bestünde für ihn nicht mehr.

6.2 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Zu berücksichtigen ist u.a., dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil BGer 9C_922/2013 vom 19.5.2014 Erw. 3.5.2 m.w.H.).

Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) praktisch nicht kennt, oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 45/06 vom 5.3.2006 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil BGer 9C_941/2012 vom 20.3.2013 Erw. 4.1.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. Urteil BGer 9C_825/2016 vom 10.7.2017 Erw. 4.5 m.V.a. BGE 138 V 457 Erw. 3.1 m.w.H.). Indessen hat das Bundesgericht in der Regel die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nur bei über 60-jährigen versicherten Personen, welchen lediglich noch eine Aktivitätsdauer von weniger als fünf Jahren verblieb, verneint (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil 8C_113/2016 vom 6.7.2016 Erw. 4.3).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der Tag, ab dem eine volle oder teilweise Erwerbstätigkeit medizinisch zumutbar ist. Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (vgl. BGE 138 V 457 Erw. 3.2ff.).

6.3 Wie bereits erwähnt ist dem Beschwerdeführer eine Erwerbstätigkeit während 4-6 h/Tag (50%) zumutbar, wobei nurmehr körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ausgeübt werden können und eine Toilette vom Arbeitsplatz aus erreichbar sein sollte. Infolge der Schlafapnoe wird zudem einschränkend festgehalten, dass der Versicherte für die Tätigkeit als Chauffeur oder für das Bedienen von gefährlichen Maschinen nicht geeignet sei, solange die Schlaf-

apnoe nicht behandelt sei. Im für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Gutachtens war der Versicherte 59-jährig.

Das Verwaltungsgericht hat in VGE I 2017 113 vom 11. April 2018 (Erw. 7.4) und in VGE I 2018 29 vom 9. August 2018 (Erw. 4.3) die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bereits ausführlich dargelegt. Dabei wurde z.B. etwa bei einem 60-jährigen Gleisbauer, mit einer Restarbeitsfähigkeit von 60% in einer angepassten Tätigkeit (Urteil BGer 9C_168/2015 vom 13.4.2016 Erw. 7.5 und 7.6) und einem 63,5 Jahre alten Servicetechniker, welcher nur mehr vorwiegend sitzende leichte Arbeiten in einem Vollpensum ausüben kann (Urteil BGer 9C_847/2015 vom 30.12.2015 Erw. 4.2 und 4.3) die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht. Auch Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines 59-jährigen Möbelpackers mit einer Arbeitsfähigkeit von 60% für körperlich leichte Tätigkeiten wurde in der neueren Rechtsprechung bejaht (Urteil BGer 9C_134/2016 vom 12.4.2016). Im Weiteren geht die Gerichtspraxis davon aus, dass auch für funktionelle Einarmige auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten bestehen, oder dass selbst ein auf 25% beschränktes Pensum verwertbar ist (Urteil BGer 8C_321/2018 vom 27.11.2018 Erw. 5.3 m.H.).

Aus rein somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten nur leicht eingeschränkt. Auch bestehen keine feinmotorischen Beeinträchtigungen. In Berücksichtigung der relativ hohen Hürden für Versicherte, welche noch über eine Aktivitätsdauer von über fünf Jahren verfügen (vgl. auch Urteil BGer 8C_113/2016 vom 6.7.2016 Erw. 4.3), ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu bejahen. Die dem Versicherten offenstehenden leidensangepassten bzw. zumutbaren Tätigkeiten werden nicht mit derart vielen Einschränkungen umschrieben, dass das Finden einer entsprechenden Stelle als von vornherein ausgeschlossen erscheint, auch wenn die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in Berücksichtigung der konkreten Umstände sicherlich erschwert ist. In der Rechtsprechung wird davon ausgegangen, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile BGer 8C_657/2010 vom 19.11.2010 Erw. 5.2.3; 9C_646/2010 vom 23.2.2011 Erw. 4). Es stehen dem Versicherten grundsätzlich immer noch ein weites Spektrum an zumutbaren Hilfstätigkeiten offen, welche keine Ausbildung erfordern. In Frage kommen z.B. einfache Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in Industrie und Gewerbe, einfache Maschinenbedienungsfunktionen, sowie Hilfsarbeiten wie Montage-, Sortierungs-, Prüf- und Verpackungstätigkeiten in Produktionsbetrieben. Im Weiteren wäre ihm auch die bis zum 31. Juli 2016 ausgeübte Tätigkeit als Portier zumutbar. Der Beschwerdeführer hat diese Tätigkeit trotz bereits damals geltend gemachter Verschlechte-

rung des Gesundheitszustandes gemäss Arbeitszeugnis über die übliche Arbeitszeit hinaus und mit grossem persönlichen Einsatz ausgeübt (Vi-act. 107-1/11). Zudem hat er in der Vergangenheit in Gastrobetrieben auch administrative Tätigkeiten übernommen (Vi-act. 107-2/11 und 107-4/11: Administration, Kas senabrechnungen, Monatsabschluss, Einkauf, Bestellwesen, Einsatzplanung, Lagerbewirtschaftung). Auch solche Tätigkeiten wären ihm weiterhin im entsprechenden zeitlichen Umfang von 4-6h/täglich zumutbar. Insgesamt ist eine wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mithin zu bejahen.

7.1 Umstritten ist im Weiteren die Bemessung des Valideneinkommens. Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung festgehalten, dass ab 1. April 2017 die Invaliditätsbemessung gemäss Verfügung vom 10. April 2013 wieder Gültigkeit habe. In der damaligen Verfügung wurde von einem Valideneinkommen in der Gastronomie von Fr. 66'200 per 2012 ausgegangen. Dabei wurde auf das statistische Einkommen im Anforderungsniveau 2 (Verrichtung selbständiger und qualifizierter Arbeiten) im Gastgewerbe gemäss LSE 2010 hochgerechnet per 2012 und in Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 h/Woche abgestellt (Vi-act. 53).

Der Beschwerdeführer macht geltend, ohne gesundheitliche Beeinträchtigung wäre er heute in leitender Stellung in einem Gastronomiebetrieb tätig. Er habe nach Abschluss der Gastgewerbeschule in Belgrad als Geschäftsführer in einem Hotel in Belgrad und in der Schweiz von 2000 bis 2008 als Geschäftsführer im Restaurant A._____ gearbeitet. Das Valideneinkommen sei gestützt auf die Lohnstrukturhebung 2014 im Sektor Gastronomie Kompetenzniveau 4 (TA1, Fr. 6'293/Mt) aufgerechnet per 2016 und in Berücksichtigung betriebsüblicher Arbeitszeiten von 42.4 h/Woche zu berechnen, was ein hypothetisches Einkommen ohne Gesundheitsschädigung von Fr. 80'930 ergebe.

Die Vorinstanz wendet vernehmlassend ein, es sei auf das Kompetenzniveau 3 gemäss LSE 2014 abzustellen. Das Kompetenzniveau 4 sei nicht anzuwenden, da der Beschwerdeführer nicht als leitender Angestellter in einem Gastrounternehmen, sondern in einem Schnellimbissrestaurant tätig gewesen sei. Klassische Führungsaufgaben (Verantwortung für Entwicklung von Unternehmenszielen, Koordination verschiedener Leitungsfunktionen, Mitgestaltung der Gesamtunternehmenspolitik u.w.) hätten nicht in seiner Verantwortung gelegen. Es sei von einer Tätigkeit im mittleren Kader auszugehen, weshalb bei einem Abstellen auf die LSE 2014 die Werte im Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) zu übernehmen seien.

7.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung dieses Vergleichseinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Lediglich wenn sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern lässt, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzuberücksichtigen sind (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2 S. 30; Urteil BGer 8C_944/2011 vom 17.4.2012 Erw. 2.2). Ausnahmen vom Erfahrungssatz, wonach die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre und auf den entsprechenden Verdienst abzustellen ist, müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein.

Sind die entsprechenden Einkommen nicht konkret zu ermitteln, können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die Zahlen der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Suva herangezogen werden (BGE 139 V 592 Erw. 2.3).

7.3 Im Rahmen der ursprünglichen Rentenverfügung wurde zu Gunsten des Versicherten nicht auf das Einkommen abgestellt, das er vor Eintritt der Invalidität als selbständiger Betreiber eines Imbiss-Standes erzielt hat (gemäss eigenen Angaben hat er ab Mai 2009 bis Mai 2010 den Imbiss betrieben, wobei nicht ersichtlich ist, ob damit ein Einkommen erzielt werden konnte; Beiträge mit der Ausgleichskasse wurden nicht abgerechnet, vgl. Vi-act. 54-5/8), es wurde auch nicht auf die diversen Zwischenverdienste abgestellt, welche er ab 2008 vor Eintritt der Teilinvalidität (psychische Erkrankung seit Mai 2010) bei verschiedenen Arbeitgebern erzielt hatte (2008: Fr. 31'500, 2009: Fr. 31'600), sondern auf das hypothetische Einkommen, welches er gemäss LSE 2010 im Gastrogewerbe im Anforderungsniveau 2 (das Anforderungsniveau 2 gemäss LSE 2010 ist analog zum Kompetenzniveau 3 gemäss LSE 2014 das zweithöchstes von vier Kompetenzniveaus) erzielen könnte, da er die letzten 20 Jahre vor Eintritt der Arbeitslosigkeit im Februar 2008 als Geschäftsführer eines Schnellimbisses gearbeitet habe. Allerdings wird in der LSE 2010, auf welche abgestellt wurde, das Durch-

schnittseinkommen der zwei höchsten Anforderungsniveaus (1 und 2) nicht separat ausgewiesen, sondern es wird der Durchschnittswert beider Niveaus ausgewiesen und in casu übernommen (LSE 2010 TA 1 Ziff. 55-56, Männer Anforderungsniveau 1 und 2 = Fr. 5'200/Mt.).

7.4 Steht das Vorliegen eines Revisionsgrundes für ein Sachverhaltselement fest, so können im Revisionsverfahren auch die anderen Elemente der Anspruchsberechtigung frei überprüft werden. So kann im Revisionsverfahren eines Versicherten, dessen Gesundheitszustand sich verschlechtert hat, auch die Höhe des Valideneinkommens ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung neu festgesetzt werden (Urteil BGer 8C_646/2011 vom 17.11.2011 Erw. 4.3; 9C_378/2014 vom 21.10.2014 Erw. 4.2).

Vernehmlassend nimmt die Vorinstanz eine Neuberechnung des Valideneinkommens gestützt auf die LSE 2014 vor, wobei sie auf den Bruttolohn männlicher Arbeitnehmer im Gastgewerbe, Kompetenzniveau 3, abstellt und in Berücksichtigung einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 42.2 h/Woche sowie in Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung bis 2016 (Nominallohnindex Männer 2014 = 2220, 2016 = 2239) ein Valideneinkommen von Fr. 69'263 errechnet.

Diese Berechnung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Der Versicherte hat gemäss den Akten in seiner Heimat eine Ausbildung zum Kellner gemacht (Vi-act. 107-9/11). Danach hat er gemäss eigenen Angaben noch die höhere Gastgewerbeschule in Belgrad absolviert. Seit 1986 arbeitet er in der Schweiz, zunächst als Kellner, ab 1995 als Geschäftsführer-Stellvertreter in einem Autobahnrestaurant und ab ca. 2000 bis zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Februar 2008 als Geschäftsführer in diesem Autobahnrestaurant (Restaurant A._____, Vi-act. 107-2/11). In der Schweiz hat er keine Ausbildung absolviert. Er weist auch keine Weiterbildungstitel auf; bei den geltend gemachten Weiterbildungen (vgl. Vi-act. 2-1/2) handelt es sich - soweit ersichtlich - vorwiegend um Tagesseminare und betriebsinterne Workshops. Nach Eintritt der unverschuldeten und nicht krankheitsbedingten Arbeitslosigkeit hatte der Versicherte keine Anstellung als Geschäftsführer mehr inne. Die Qualifizierung der Tätigkeit eines Geschäftsführers in einer Filiale einer Imbisskette als komplexe praktische Tätigkeit, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzt, entsprechend dem Kompetenzniveau 3 gemäss LSE 2014, erscheint unter diesen Umständen als sachgerecht.

Nicht zu beanstanden ist bei der Bemessung des hypothetischen Validen- (und Invaliden-) Einkommens auch das Abstellen auf die LSE 2014. Grundsätzlich sind im Revisionsverfahren immer die neuesten statistischen Daten anzuwenden; eine Ausnahme gilt bezüglich Renten, welche noch gestützt auf die LSE 2010

ausgesprochen wurden im Verhältnis zur nach einer Systemänderung erarbeiteten LSE 2012 (bzw. analog LSE 2014), wenn sich allein durch ihre Verwendung eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades - nach oben oder nach unten - ergibt (BGE 142 V 178 Erw. 2.5.8.1), was in casu nicht der Fall ist (vgl. nachfolgend auch Erw. 8).

8.1 Umstritten ist im Weiteren die Bemessung des Invalideneinkommens, die - wie vorstehend dargelegt (Erw. 7.4) - im vorliegenden Revisionsverfahren neu berechnet werden kann. Die Vorinstanz geht vernehmlassend gestützt auf lohnstatistische Werte (Durchschnittswert aller Wirtschaftszweige im untersten Kompetenzniveau gemäss LSE 2014, indexiert per 2016 und ausgehend von einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 h/Woche) von einem Ausgangswert von Fr. 67'022 aus. Dieser Wert ist grundsätzlich unbestritten (der Beschwerdeführer geht - zu seinen Lasten - von einem leicht höheren Ausgangswert aus). In Berücksichtigung einer 50%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und eines leidensbedingten Abzugs (wegen leidensbedingten Einschränkungen) von 10% resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 30'160. Im Vergleich mit dem Valideneinkommen liege mithin ein IV-Grad von 56% vor. In Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15% würde der IV-Grad 59% betragen und mithin ebenfalls keine Rentenerhöhung rechtfertigen. In der ursprünglichen Rentenverfügung wird der Abzug von 10% damit begründet, dass nurmehr eine Teilzeittätigkeit ausgeübt werden könne (Vi-act. 62-2/3). Vernehmlassend anerkennt die Vorinstanz, dass dem Versicherten nur mehr körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar sind und der rechte Arm nur leicht belastet werden darf (auch keine Überkopfarbeiten), was zusammen mit dem Erfordernis einer Teilzeitarbeit einen Abzug von 10% bzw. maximal 15% rechtfertige. Höchstens marginal einschränkend wirke das Erfordernis des Toilettenzuganges, da die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft worden seien, Sequenzen von immerhin 2h beständen und Einlagen nicht benutzt würden. Unberücksichtigt müssten auch das Schlafapnoesyndrom sein, welches der Beschwerdeführer nicht behandeln lasse und der weiterhin übermässige Nikotinkonsum von 40 Zigaretten täglich.

8.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, bei der Bemessung des hypothetischen Invalideneinkommens sei ein leidensbedingter Abzug von 25% zu berücksichtigen. Er sei auch für leichte Arbeiten gesundheitlich eingeschränkt und könne nur noch wechselbelastende Tätigkeiten ausüben. Zu berücksichtigen sei zudem, dass er nur Teilzeit arbeiten könne und eine Toilette schnell erreichbar sein müsse. Ohne Cortison könne er seinen Arm nicht mehr richtig bewegen, wegen der Diabetes dürfe er aber nicht zu viel Cortison einnehmen. Seit einer Bypass-

Operation im Januar 2017 dürfe er auch nicht mehr alles essen, was die Depression noch verstärkt habe. Neuerdings klage er auch über Schmerzen an der Lendenwirbelsäule.

8.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25% zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; 126 V 75 Erw. 5b/aa-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 Erw. 5a/bb; Urteil BGer 8C_805/2016 vom 22.3.2017 Erw. 3.1). Das kantonale Gericht darf sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 Erw. 5.2; 126 V 75 Erw. 6).

8.4 In Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist des Weiteren zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil 9C_826/2015 vom 13.4.2016 Erw. 3.2.1).

8.5 Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten lohnsenkenden Faktoren wurden von der Vorinstanz bei der Bemessung des leidensbedingten Abzuges

grundsätzlich angerechnet. Es wurde berücksichtigt, dass ihm aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nur mehr körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar sind. Im Weiteren wurde auch dem Umstand Beachtung geschenkt, dass Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. Urteil BGer 9C_808/2015 vom 29.2.2016 Erw. 3.3.2). Soweit der Beschwerdeführer auf gesundheitliche Einschränkungen wie Beschwerden in einem Arm, eingeschränkte Cortisoneinnahme wegen Diabetes und Schmerzen an der Lendenwirbelsäule hinweist, ist festzuhalten, dass diesen Aspekten im Rahmen der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit bzw. des medizinisch ausgewiesenen Belastungsprofils Rechnung getragen und zudem durch die Anerkennung eines leidensbedingten Abzuges wegen Art und Ausmass des Gesundheitsschadens berücksichtigt wird. Soweit der Beschwerdeführer auf eine Bypassoperation vom Januar 2017 verweist, muss es sich dabei um einen Irrtum handeln. Aus den gesamten medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine solche Operation, vielmehr war der Versicherte im damaligen Zeitraum in postoperativer Behandlung in der Uniklinik Balgrist wegen einer Zervikobrachialgie rechts.

Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass weitere Merkmale unberücksichtigt geblieben sind. Insbesondere vermag das Alter des Versicherten gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung in der Regel keine Erhöhung des Abzuges zu begründen; dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt rechtsprechungsgemäss altersunabhängig nachgefragt (Urteile BGer 8C_227/2018 vom 14.6.2018 Erw. 4.2.3.4; 8C_403/2017 vom 25.8.2017 Erw. 4.4.1 m.H.). Zudem fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Ausserdem wirkt sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eher lohn erhöhend aus (Urteil BGer 8C_227/2018 vom 14.6.2018 Erw. 4.2.3.4 m.H.).

Insgesamt besteht vorliegend keine Grundlage dafür, den von der Vorinstanz gewährten Abzug von 10% bzw. 15% (gemäss Vernehmlassung) zu erhöhen. Berücksichtigt man vorliegend einen leidensbedingten Abzug von 15% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 28'484 (50% von Fr. 67'022 = Fr. 33'511 ./ 15% = Fr. 28'484). Im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 69'263 ergibt sich ein IV-Grad von 59%, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass ein Anspruch auf eine Rentenerhöhung verneint wurde.

9.1 Umstritten ist im Weiteren, auf welchen Zeitpunkt hin die befristete ganze Rente aufgehoben bzw. auf die ursprüngliche halbe Rente reduziert werden durfte. Die Vorinstanz gewährt in der angefochtenen Verfügung für den Zeitraum ab dem 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 eine ganze Rente. Die vorübergehende Rentenerhöhung erfolgte aufgrund der Halswirbelsäulenoperation im August 2016 in Berücksichtigung einer 6-monatigen Rehabilitationsphase mit voller Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer macht geltend, die ganze Rente dürfe gestützt auf Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201 vom 17.1.1961) frühestens per Juni 2017 aufgehoben bzw. reduziert werden. Die Vorinstanz habe die Rente erst nach einer dreimonatigen Wartefrist erhöht. Es sei widersprüchlich, wenn in dieser Situation die dreimonatige Herabsetzungsfrist nicht zur Anwendung gelange.

Die Vorinstanz wendet ein, es hätten stabile Verhältnisse vorgelegen. Hinweise für eine Verschlechterung würden sich aus den Akten nicht ergeben. Nach einer Spondylodese betrage die Rehabilitationsphase in der Regel 3 Monate, in casu sei dennoch eine 6-monatige Rehabilitationsphase berücksichtigt worden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Urteil BGer 9C_32/2015 vom 10.9.2015) sei eine längere Ausrichtung einer ganzen Rente (über den Abschluss der Rehabilitationsphase hinaus) nicht gerechtfertigt.

9.2 Ist der Rentenanspruch einer bestimmten Stufe (Viertels-, halbe, Dreiviertels- oder ganze Rente) einmal entstanden, richtet sich der Übergang auf eine Invalidenrente anderer Stufe nach den revisionsrechtlichen Bestimmungen von Art. 17 ATSG sowie Art. 88a IVV und Art. 88^{bis} IVV. Dies gilt auch bei der rückwirkend erfolgten abgestuften und/oder befristeten Rentenzusprechung, wobei hier Art. 88^{bis} nicht anwendbar ist (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3.A., Art. 29 Rz. 10 m.H.; BGE 109 V 125 Erw. 4b).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs) für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Umgekehrt ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit (oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs) zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

9.3 Zwar ist - wie die Vorinstanz richtig festhält - eine Revision nach Art. 88a IVV nicht zwingend erst nach Ablauf von drei Monaten vorzunehmen. Letzteres stellt jedoch den Normalfall dar, da in der Regel erst nach mehreren Wochen oder Monaten eine voraussichtlich länger dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit als erstellt erachtet werden kann. Mit sofortiger Wirkung ist eine Rente nur dann aufzuheben, wenn die Änderung als dauerhaft und damit stabilisiert erscheint, d.h. sich der Charakter eines labil gewesenen Leidens deutlich in der Weise geändert hat, dass vorausgesehen werden kann, in absehbarer Zeit werde keine praktisch erhebliche Wandlung mehr erfolgen (vgl. Urteil BGer I 583/05 vom 15.3.2006 Erw. 2.3.2 m.H.; I 569/06 vom 20.11.2006 Erw. 3.3 m.H.). Bei chronischen Beschwerden wie Rückenschmerzen (auch nach Operationen) oder Knieschmerzen (z.B. nach Meniskusoperationen) wird eine solche Gewissheit und mithin ein stabilisiertes Leiden in der Rechtsprechung regelmässig verneint und es wird eine dreimonatige Wartefrist berücksichtigt (vgl. Urteile BGer 9C_818/2014 vom 10.8.2015 Erw. 4.2.3; I 569/06 vom 20.11.2006 Erw. 3.3; I 583/05 vom 15.3.2006 Erw. 2.3.2; I 444/04 vom 11.1.2005 Erw. 5.2 und 5.3).

Die Vorinstanz anerkennt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der Operation an der HWS vom 18. August 2016; die Rente wurde ab dem 1. November 2016 (mithin nach einer 2 ½ monatigen Wartefrist) per 1. November 2016 auf eine ganze Rente erhöht. Gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arzt Dr.med. S. _____ wird von einer Verbesserung ab Ende Februar 2017 (sechs Monate nach der Operation) ausgegangen. Von einem stabilen Gesundheitszustand, welcher ausnahmsweise erlauben würde, eine Rente mit sofortiger Wirkung aufzuheben oder herabzusetzen, kann aber Ende Februar 2017 nicht gesprochen werden (die chronischen Schmerzen bestanden fort, eine Arbeitsaufnahme ist nicht erfolgt), weshalb die ganze Rente erst per Ende Mai 2017 auf eine halbe Rente reduziert werden kann, mithin der Anspruch auf eine ganze Rente per 1. Juni 2017 aufzuheben ist.

10. Aus den dargelegten Gründen wird in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung der IV-Stelle vom 5. Oktober 2018 dahin abgeändert, dass dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. November 2016 bis zum 31. Mai 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Ab 1. Juni 2017 besteht wieder Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten zu 4/5 dem Beschwerdeführer und zu 1/5 der Vorinstanz auferlegt. Zudem hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung. Für die Höhe des Ho-

norars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte ist die reduzierte, von der Vorinstanz zu bezahlende Parteientschädigung ermessensweise auf Fr. 500.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 5. Oktober 2018 dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. November 2016 bis zum 31. Mai 2017 (statt 31.3.2017) Anspruch eine ganze Invalidenrente und ab 1. Juni 2017 (statt 1.4.2017) Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer zu 4/5 (Fr. 400.--) und der Vorinstanz zu 1/5 (Fr. 100.--) auferlegt. Der Beschwerdeführer hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass sein Rückerstattungsanspruch Fr. 100.-- beträgt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den Kostenvorschuss einbehält und die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers noch Fr. 100.-- zu bezahlen hat.
3. Für das vorliegende teilweise Obsiegen wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 500.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern (A).

Schwyz, 11. März 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 21. März 2019