

# **LU\_GERICHTE 5V 13 210 vom 18. Dezember 2014**

LU Gerichte, 2014-12-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu\\_gerichte\\_5V\\_13\\_210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_5V_13_210)

FR: LU\_GERICHTE 5V 13 210 du 18 décembre 2014

IT: LU\_GERICHTE 5V 13 210 del 18 dicembre 2014

## **Regeste**

Unüberwindbarkeit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik bei einem hinzutretenden chronifizierten, therapeutisch nicht mehr angehbaren und verselbständigten depressiven Leiden bejaht (E. 5). Die Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV setzt voraus, dass bei Eintritt der anspruchsbefehlenden Änderung bereits ein Rentenanspruch bestand (E. 7.2). Einkommensvergleich (E. 7.3) mit Parallelisierung (E. 7.3.3) und Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn wegen Teilzeitarbeit (E. 7.3.4). | Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 17 ATSG; Art. 88a Abs. 2 IVV. | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 3**

Vom Beschwerdeführer wird vorab nicht in Frage gestellt, dass in somatischer Hinsicht auf den orthopädischen Untersuchungsbericht des RAD-Arztes Dr. D vom 10. Juni 2010 abzustellen ist. Danach bestehen als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine eingeschränkte Schulterfunktion rechts mit/bei Status nach insgesamt dreimaliger operativer Intervention (arthroskopische subakromiale Dekompression am 4.3.2002, offene subakromiale Dekompression mit AC-Gelenkresektion und Rekonstruktion der Supraspinatussehne am 24.5.2003 und erneute offene subakromiale Dekompression und Re-Rekonstruktion der Supraspinatussehne rechts am 25.11.2003) sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit des linken Kniegelenks mit/bei Status nach zweimaliger arthroskopischer Intervention (am 11.10. und 9.11.2000) und Meniskusteilresektion lateral, aktuell ohne klinische Hinweise für einen akuten oder chronischen Kapselreizzustand und klinisch mit negativen Zeichen einer fortgeschrittenen Gonarthrose (Gelenkreiben). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. D ein intermittierendes lokales Lumbalsyndrom bei intakter peripherer Sensomotorik, klinisch ohne Hinweis für eine radikuläre Topik und mit guter muskulärer Kompensation. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hausmeister (richtig: Hausangestellter) in einem Hotel, welche eine regelmässig mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeit dargestellt habe, erachtete Dr. D den Beschwerdeführer als vollumfänglich arbeitsunfähig. Dagegen attestierte er ihm seit jeher eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit in entsprechend angepasster leichter körperlicher Tätigkeit in Wechselbelastung ohne repetitive Überkopfarbeiten und ohne kniegelenksbelastende Bewegungsmuster sowie unter Berücksichtigung der intermittierenden Wirbelsäulenproblematik. Ausgeschlossen davon seien lediglich die Zeitpunkte während und jeweils bis zu zwölf Wochen nach den in den Jahren 2002 und 2003 erfolgten operativen Eingriffen an der rechten Schulter. Eine weitere Phase globaler Arbeitsunfähigkeit sei gemäss Aktenlage für den Zeitraum von April bis Juli 2004 anzunehmen, in welchem der Versicherte wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden cervical und lumbal chiropraktisch behandelt worden sei. Auch zum Zeitpunkt eines akuten

Schmerzschubs, z.B. im Rahmen der Anbehandlung einer beginnenden Impingementsymptomatik links von Mai bis September 2008, sei zeitweise für einige Wochen rein aus therapeutischer Sicht eine globale Arbeitsunfähigkeit von 100 % vertretbar. Eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit lasse sich daraus aber nicht ableiten. Diese Einschätzung von Dr. D ist in Kenntnis der vorhandenen medizinischen Unterlagen und nach erfolgter eigener Untersuchung des Beschwerdeführers ergangen. Dr. D berücksichtigte dabei alle aktenmässig erstellten körperlichen Beeinträchtigungen, seine Ausführungen sind sehr gut nachvollziehbar und er setzte sich auch ausführlich mit den abweichenden Beurteilungen der verschiedenen behandelnden Ärzte auseinander. Damit besteht für das Gericht keine Veranlassung, das Ergebnis dieser RAD-ärztlichen orthopädischen Begutachtung in Frage zu stellen. Wie erwähnt bringt auch der Beschwerdeführer selbst insoweit keine Einwände vor, sodass es damit sein Bewenden hat. Allein aufgrund der somatisch begründbaren Schulter-, Knie-, Nacken- und Rückenbeschwerden ist demnach – wie bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenbeurteilung – nach wie vor nicht davon auszugehen, dass auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt.

#### **E. 4**

Nicht streitig ist demgegenüber aber auch, dass der Beschwerdeführer im November 2010 – mithin nach der Begutachtung durch Dr. D – wegen einer Kardiomyopathie hospitalisiert werden musste und in diesem Zusammenhang eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit vorgelegen hat. Gestützt auf eine RAD-ärztliche Einschätzung von Dr. med. E, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, gemäss Protokolleintrag vom 18. August 2011 hat die IV-Stelle in diesem Zusammenhang mit den Vorbescheiden vom 3. Oktober 2011 und 10. Mai 2013 sowie mit der schliesslich erlassenen Verfügung vom 3. September 2013 für den Zeitraum vom 18. November 2010 bis 5. Mai 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anerkannt. Auch dies ist ohne weiteres nachvollziehbar und der Beschwerdeführer bringt dagegen ebenfalls keine Einwände vor. Auch insoweit erübrigen sich damit Weiterungen.

#### **E. 5**

Zu prüfen bleibt also die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands aus psychiatrischer Sicht.

##### **E. 5.1.1**

Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Es besteht eine Vermutung, dass eine solche Störung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGer-Urteil 8C\_109/2008 vom 3.10.2008 E. 6.2). Bestimmte Umstände, die die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können aber den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand der so genannten "Foerster-Kriterien". Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend

sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Umgekehrt sprechen unter anderem eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 1.2 sowie BGer-Urteil 9C\_302/2012 vom 13.8.2012 E. 4.2.1; zum Ganzen auch BGE 139 V 547).

### **E. 5.1.2**

Störungsbilder, bei denen eine Diagnose anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar gestellt werden kann, wie zum Beispiel Depressionen, Schizophrenie, Zwangs-, Ess-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, zählen nicht zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern (BGE 139 V 547 E. 7.1.4). Hinsichtlich leichter bis mittelgradiger depressiver Episoden geht das Bundesgericht zwar davon aus, dass diese in der Regel keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinn eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellen, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (BGer-Urteile 8C\_369/2011 vom 9.8.2011 E. 4.3.2 und 8C\_958/2010 vom 25.2.2011 E. 6.2.2.2 mit Hinweisen). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (BGer-Urteil 9C\_736/2011 vom 7.2.2012 E. 4.2.2.1). Diese Annahmen lassen sich jedoch nicht ohne Weiteres auch auf chronifizierte und nach fachärztlicher Feststellung therapeutisch nicht mehr zu beeinflussende depressive Störungen übertragen (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts Luzern S 10 436 vom 26.10.2012 E. 8b). Beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung oder eines anderen unklaren Beschwerdebildes sind schliesslich in erster Linie die (fach)ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich. Selbst dann, wenn rechtlich betrachtet ein unklares Beschwerdebild vorliegt, muss fachärztlich geprüft werden, ob nicht ein anderes Störungsbild gegeben ist, das anhand klinischer und/oder anderweitiger Untersuchungen zuverlässig nachgewiesen werden kann (BGer-Urteil 8C\_251/2013 vom 14.2.2014 E. 4.2.2).

### **E. 5.2**

Aus den Unterlagen ergibt sich zum psychischen Gesundheitszustand was folgt:

#### **E. 5.2.1**

Bis zum Zeitpunkt der seinerzeit mit Verfügung vom 24. November 2005 bzw. mit Einspracheentscheid vom 30. Juni 2006 erfolgten Rentenverweigerung finden sich in den Unterlagen ärztlicherseits keine Hinweise auf eine psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers. Die damals im Zusammenhang mit der Schulterproblematik behandelnde Ärztin Dr. med. F, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, erwähnte erst in einem Bericht vom 7. April 2008 nebst den somatischen Beeinträchtigungen auch rezidivierende depressive Verstimmungen bei psychosozial schwieriger Situation und empfahl in diesem Zusammenhang gegebenenfalls auch eine psychiatrische Standortbestimmung. Auch in den späteren Berichten verwies sie dann regelmässig auf eine psychische Komponente im Sinn von depressiven Episoden bzw. rezidivierenden depressiven Verstimmungen, bestehend seit 2006, wobei sie diese auch in einen Zusammenhang mit der Schmerzproblematik, mit jahrelangen Schlafstörungen und mit den erfolglosen therapeutischen Bemühungen brachte (Schreiben vom 12.4.2009 und 17.9.2009, Arztbericht vom 23.11.2009). Mit Berichten vom 7. Mai, 11. Juni und 10. September 2008 führte auch Dr. med. G, Oberarzt Orthopädie, u.a. rezidivierende depressive Verstimmungen bei psychosozial äusserst angespannter Situation in der Diagnoseliste auf. Der orthopädische RAD-Gutachter Dr. D schilderte in seinem Bericht vom 10. Juni 2010 sodann zwar u.a. zumindest teilweise positive Waddell-Zeichen sowie ein demonstrativ wirkendes und inkonsistentes Schmerzverhalten und sprach von einer Beschwerdeverdeutlichung mit klinischen Hinweisen für eine Symptomausweitung. Hinweise auf eine Depressivität finden sich in seinem Bericht hingegen nicht. Demgegenüber beschrieb Dr. med. H, FMH Innere Medizin, welcher den Beschwerdeführer seit dem Jahr 2011 hausärztlich behandelt, seinerseits den Beschwerdeführer als bedingt durch die chronische rechtsseitige Schultergelenkserkrankung depressiv wirkend, wobei der Zustand den objektiven Kriterien einer leicht- bis mittelgradigen Depression entspreche. Er wies auch darauf hin, dass der Beschwerdeführer seit Jahren mit Psychopharmaka behandelt werde, auch wenn eine psychiatrische Abklärung bislang wohl noch nicht stattgefunden habe (Schreiben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 11.4.2011 und vom 21.10.2011). Schliesslich wurde auch vom Herzzentrum des Luzerner Kantonsspitals mit Berichten vom 1. Februar, 3. Mai und 8. November 2011 jeweils u.a. eine Depression diagnostiziert.

### **E. 5.2.2**

Am 24. November 2011 begab sich der Beschwerdeführer dann tatsächlich in fachärztliche psychiatrische Behandlung bei Dr. med. I, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Diese stellte mit Arztbericht vom 15. Februar 2012 die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) mit anhaltenden Suizidalgedanken und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ausserdem erwähnte sie eine atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60.1) und Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung (ICD-10 Z63.5). Dr. I stellte fest, beim Patienten bestünden verminderte Aufnahmefähigkeit und Konzentrationsvermögen. Zudem bestehe eine Störung der Affektivität, er wirke affektarm, hoffnungslos und zeitweise ambivalent. Es bestehe eine starke Störung des Vitalgefühls. Er äussere starke existentielle Ängste und anhaltende Suizidgedanken. Aufgrund der Symptomatik seien aktuell keine Arbeitstätigkeiten zumutbar. Eine Besserung des psychischen Zustands sei aufgrund der schweren Chronifizierung, die stattgefunden habe, äusserst unwahrscheinlich.

### **E. 5.2.3**

Der RAD-Psychiater Dr. C diagnostizierte nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers mit seinem Bericht vom 11. Mai 2012 schliesslich eine anhaltende, aktuell mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) liege nicht vor, weil gewisse organische Korrelate bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Schmerzstörung relevant seien und ein schwerwiegender innerseelischer Konflikt eher nicht vorliege. Die depressive Symptomatik habe sich als Folge der subjektiv stark beeinträchtigenden, jahrelangen Schmerzen und mehrerer psychosozialer Belastungsfaktoren (demütigende Trennung und Scheidung, abrupter Beziehungsabbruch durch die jüngere Tochter, aktuell drohende Ausweisung) entwickelt. Aufgrund ihres Verlaufs und ihrer Schwere stelle sie ein eigenständiges Krankheitsbild und somit eine psychiatrische Komorbidität dar. Zum Verlauf verwies Dr. C auf die in den medizinischen Unterlagen ab 2008 enthaltenen Hinweise auf rezidivierende depressive Verstimmungen. Aktuell beschreibe der Versicherte in angemessen wirkender Weise, dass sich die depressiven Symptome während der letzten zwei Jahre kontinuierlich verstärkt hätten. Dies wirke in Anbetracht der früheren Berichte und der aktuellen Befunde nachvollziehbar. Somit sei davon auszugehen, dass es bis Mitte 2010 zu leichteren, rezidivierenden depressiven Zuständen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gekommen sei und sich die aktuell vorliegende mittelgradige Depression in den letzten zwei Jahren langsam entwickelt habe. Der Versicherte befinde sich seit sechs Monaten in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung mit wöchentlichen psychotherapeutischen Sitzungen in seiner Muttersprache und einer grundsätzlich sinnvollen medikamentösen Therapie. In Anbetracht des Langzeitverlaufs, der geringen persönlichen Ressourcen des Versicherten (einfach strukturiert, wenig introspektionsfähig, somatisches Krankheitskonzept) und der aktuellen Symptomatik werde es kaum gelingen, eine anhaltende IV-relevante Verbesserung zu erreichen, auch nicht durch eine stationäre Therapie. Bis Mitte 2010 hätten die rezidivierenden leichten depressiven Zustände nicht zu einer relevanten Arbeitsunfähigkeit geführt, auch nicht unter Berücksichtigung der bereits damals ablaufenden Schmerzausweitung und -chronifizierung. Aktuell und bis auf weiteres bestehe aber eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die etwas mehr als mittelgradige chronifizierte Depression erfülle das Kriterium der psychischen Komorbidität. Auch eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege mit der Kardiomyopathie vor, welche zur Zusprache einer vorübergehend ganzen Rente geführt habe. Ebenfalls seien die Kriterien eines mehrjährigen Krankheitsverlaufs und eines sozialen Rückzugs weitgehend erfüllt. Ein primärer Krankheitsgewinn liege zwar eher nicht vor. Jedoch sei auch weitgehend von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung des Versicherten auszugehen. Einschränkend müsse hier angemerkt werden, dass die psychiatrische Behandlung erst sechs Monate dauere. Allerdings könne nicht damit gerechnet werden, dass deren Fortsetzung zu einer erheblichen Besserung führen werde. Die Foerster-Kriterien seien demnach aus psychiatrischer Sicht überwiegend erfüllt. Es bestehe somit aktuell und weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von rund 60 % bei etwas stärker als mittelgradig ausgeprägter, chronifizierter Depression, chronischer Schmerzstörung und aufgrund der Foerster-Kriterien deutlich eingeschränkter Überwindbarkeit durch eine zumutbare Willensanstrengung. Da sich diese limitierend auswirkende Symptomatik kontinuierlich seit Mitte 2010 entwickelt habe, sei davon auszugehen, dass seit ca. Juni 2011 eine

Arbeitsunfähigkeit von rund 60 % bestehe.

#### **E. 5.2.4**

Nachdem die IV-Bereichsleitung auf vorhandene psychosoziale Faktoren verwiesen, das Erfüllen der Foerster-Kriterien in Frage gestellt und daher die Sache zur weiteren Abklärung an die Sachbearbeitung zurückgewiesen hatte (Protokolleintrag vom 6.2.2013), nahm Dr. C am 25. April 2013 noch einmal Stellung. Dabei wies er vorab darauf hin, dass die von ihm gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode aufgrund der mittlerweile gesammelten Erfahrung zu korrigieren sei. Der Versicherte leide unter einem depressiven Leiden, welches in einem gewissen Ausmass schwanke, zum Zeitpunkt der eigenen Untersuchung und aufgrund der vorliegenden Informationen seit etwa Juni 2011 etwas stärker als mittelgradig ausgeprägt gewesen sei. Unter Berücksichtigung gewisser Schwankungen im Verlauf sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) zu stellen. Dabei bestehe keine eigentliche Behandelbarkeit; es liege eine Chronifizierung vor. Zur Frage nach den Foerster-Kriterien führte Dr. C im Wesentlichen aus, der Versicherte erreiche hinsichtlich der Depression bei den ICD-10-Kriterien 7½ Punkte; ab 8 Punkten läge ein schwer depressiver Zustand vor. Dies sei seines Erachtens bei der Beurteilung der Foerster-Kriterien zu berücksichtigen. Der im Längsschnitt seit Juni 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit etwas stärker als mittelgradig ausgeprägte, depressive Zustand führe – unter Ausschluss der Schmerzstörung – zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeder Art von Erwerbstätigkeit. Ob durch die chronische Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % resultiere, hänge von der Beurteilung der Foerster-Kriterien ab, welche üblicherweise durch die Juristen abschliessend erfolge. Falls der juristische Dienst zum Schluss käme, dass die Foerster-Kriterien überwiegend erfüllt seien, würde aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von insgesamt rund 70 % resultieren. Im Übrigen legte Dr. C noch einmal die durchgemachte Entwicklung von zunächst während Jahren bestehenden rezidivierenden leichten depressiven Episoden bis hin zum aktuellen Zustand dar und stellte auch fest, dass in seinem Gutachten die Bedeutung der hier vorliegenden psychosozialen Faktoren explizit berücksichtigt worden seien.

#### **E. 5.3**

Entgegen der Einschätzung des RAD-Psychiaters Dr. C stellte sich die IV-Sachbearbeitung in der Folge auf den Standpunkt, dass die vorliegenden Diagnosen einer Schmerzstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage entsprächen, wobei vorliegend die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien (Protokolleintrag vom 3.5.2013). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erachtete die IV-Stelle daher in der angefochtenen Verfügung als nicht ausgewiesen. Dieser Ansicht kann unter den konkreten Umständen nicht beigezogen werden, wie sich aus Folgendem ergibt:

##### **E. 5.3.1**

Auf die Beurteilung von Dr. C ist durchaus abzustellen. Dr. C hat seinen Bericht vom 11. Mai 2012 in Kenntnis der Aktenlage und nach einer eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers abgegeben. Er zeigte dabei in Übereinstimmung mit den bisherigen ärztlichen Unterlagen nachvollziehbar den Verlauf der Schmerzproblematik und insbesondere der inzwischen hinzugesetzten Depression auf und begründete jeweils ausführlich, weshalb er von einer etwas mehr als mittelschweren depressiven Symptomatik

ausgeht. Namentlich ist auch die Präzisierung der diesbezüglichen Diagnosestellung im Protokolleintrag vom 25. April 2013 schlüssig, wonach nicht bloss von einer mittelgradigen depressiven Episode, sondern bei richtiger Betrachtung von einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinn von ICD-10 F33.1 auszugehen ist. Die Depression wird nachvollziehbar als inzwischen chronifiziertes, therapeutisch nicht mehr angehbares und verselbständigtes depressives Leiden beschrieben. Bereits die behandelnde Psychiaterin Dr. I hatte denn auch eine schwere Chronifizierung mit ungünstiger Prognose festgestellt. Soweit die IV-Stelle in diesem Zusammenhang einzig darauf hinweist, dass eine mittelgradige depressive Episode rechtsprechungsgemäss nicht zu einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit führe und nicht als genügende psychische Komorbidität gelte, zielt dies daher ins Leere. Eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung – wie vorliegend vorhanden – kann rechtsprechungsgemäss durchaus zu einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. oben E. 5.1.2).

### **E. 5.3.2**

Entgegen der Ansicht der IV-Stelle vermögen auch die Ausführungen von Dr. C zur Frage der willentlichen Überwindbarkeit der Schmerzproblematik – auch aus sozialversicherungsrechtlichem Blickwinkel – zu überzeugen. Ob das Schmerzgeschehen als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), wie von Dr. I diagnostiziert, oder als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), wie von Dr. C postuliert, zu qualifizieren ist, ist vorab nicht entscheidend. So oder anders ist die dargelegte Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts anwendbar. Eine psychische Komorbidität ist mit der chronifizierten und inzwischen verselbständigten mittel- bis schwergradigen depressiven Störung dabei sehr wohl gegeben. Dies allein genügt rechtsprechungsgemäss bereits, um auf eine fehlende Überwindbarkeit der Schmerzen schliessen zu können. Auch die weiteren Foerster-Kriterien sind aber zumindest teilweise als erfüllt zu betrachten. Als körperliche Begleiterkrankung fällt namentlich nicht nur die durchgemachte Kardiomyopathie ins Gewicht, sondern auch die seit Jahren unbestrittenermassen bestehenden Einschränkungen aufgrund der Schulter-, Knie- und Rückenproblematik. Die Beschwerden haben mittlerweile auch einen mehrjährigen und chronifizierten Krankheitsverlauf genommen. Auch ist durchaus von einem erheblichen sozialen Rückzug auszugehen. Allein der Umstand, dass die ältere Tochter noch beim Beschwerdeführer lebt – wobei sie sich im Übrigen um ihn kümmert –, vermag daran nichts zu ändern. Auf ein Integriertsein in das familiäre Umfeld kann allein damit nicht geschlossen werden, nachdem der Beschwerdeführer eine offenbar belastende Scheidung hinter sich hat und auch die jüngere Tochter seinen Angaben zufolge ausgezogen und den Kontakt zu ihm weitgehend abgebrochen hat. Der Tagesablauf wird vom Beschwerdeführer jedenfalls nachvollziehbar so geschildert, dass er sich überwiegend zu Hause aufhält und fern sieht oder alleine spazieren geht. Weitere Aktivitäten oder Kontakte mit anderen Personen finden offenbar kaum statt. Inwieweit die weiteren Kriterien (primärer Krankheitsgewinn; Scheitern der Behandlung) erfüllt sind, kann unter diesen Umständen – insbesondere mit Blick auf die ohnehin bereits bejahte genügende psychische Komorbidität mit der mittleren bis schweren depressiven Störung – schliesslich offen bleiben. Insgesamt ist der Schluss auf die fehlende Überwindbarkeit der Schmerzsymptomatik jedenfalls auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht begründet.

### **E. 5.3.3**

Immerhin nicht ganz nachvollziehbar ist, gestützt worauf Dr. C im Rahmen seiner Stellungnahme vom 25. April 2013 nun zur Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 70 % gelangte, nachdem er in seinem ursprünglichen Abklärungsbericht vom 11. Mai 2012 noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % ausgegangen war. Bereits damals hatte er ja eine gesamthafte Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit unter Einbezug sowohl der Depression als auch der Schmerzproblematik vorgenommen. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die am 25. April 2013 dann explizit aufgeführte separate Wertung der Einschränkungen, wie sie sich aus der depressiven Symptomatik einerseits und aus dem Schmerzsyndrom andererseits ergeben, nun zu einer weitergehenden Arbeitsunfähigkeit führen soll als gemäss Beurteilung im Bericht vom 11. Mai 2012. Bereits damals hat ja durchaus eine gesamtheitliche schlüssige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht stattgefunden. Auf die ursprüngliche Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit von 60 % ist unter diesen Umständen abzustellen. Auch der Beschwerdeführer selbst legt denn auch seiner in der Beschwerdeschrift vorgetragene Berechnung des Invalideneinkommens eine entsprechend verbleibende Arbeitsfähigkeit von 40 % zugrunde. Für das Gericht besteht daher keine Veranlassung, davon abzuweichen.

#### **E. 6**

Zusammenfassend ergibt sich nach dem Gesagten folgender Verlauf der Arbeitsfähigkeit: Seit dem Auftreten der Schulterproblematik mit dreimaliger Operation in den Jahren 2002 und 2003 ist dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Hausangestellter/Portier im Hotel B nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten körperlich leichten Tätigkeit in Wechselbelastung ohne repetitive Überkopfarbeiten und ohne kniegelenksbelastende Bewegungsmuster sowie unter Berücksichtigung der intermittierenden Wirbelsäulenproblematik wäre er jedoch gestützt auf die orthopädische Beurteilung von Dr. D bis November 2010 ohne wesentliche Unterbrechung zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Ab 18. November 2010 bis 4. Mai 2011 bestand dann infolge der Kardiomyopathie vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab Juni 2011 verbleibt schliesslich gemäss psychiatrischer Beurteilung von Dr. C auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %.

#### **E. 7**

Ausgehend von diesem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad festzustellen. Rechtsprechungsgemäss sind dabei die Verhältnisse im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns massgebend (BGE 128 V 174). Dazu sind Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass der strittigen Verfügung zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

#### **E. 7.1**

Dass bis zur gesundheitlichen Verschlechterung des Beschwerdeführers infolge der im Jahr 2010 aufgetretenen Kardiomyopathie noch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorgelegen hat, da bis dahin noch von einer vollzeitigen Erwerbsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen ist, wird vom Beschwerdeführer nicht in Abrede gestellt. Damit muss es denn auch – insbesondere angesichts des ohnehin verhältnismässig tiefen Valideneinkommens (siehe dazu nachfolgende E. 7.3) – sein Bewenden haben.

#### **E. 7.2**

Unbestritten und ohne Weiteres klar ist auch, dass aufgrund der ab November 2010 festgestellten vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert. Entgegen den Ausführungen in der angefochtenen Verfügung kommt indessen Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201), wonach eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat, vorliegend nicht zur Anwendung. Die Anwendung dieser Bestimmung setzt nämlich voraus, dass bei Eintritt der anspruchsbeeinflussenden Änderung bereits ein Rentenanspruch bestand (BGer-Urteil 8C\_690/2012 vom 4.3.2013 E. 3.2). Demgemäss hat der Beschwerdeführer vielmehr nach Art. 28 und 29 IVG bereits ab 1. November 2010 – und nicht erst ab 1. Februar 2011 – vorübergehend Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

### **E. 7.3**

Für die Zeit ab Wiedererlangen einer Teilarbeitsfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Mai 2011 ist schliesslich ein entsprechender detaillierter Einkommensvergleich durchzuführen.

#### **E. 7.3.1**

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist daher in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, den die oder der Versicherte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1; BGer-Urteil 8C\_194/2008 vom 16.9.2008 E. 4.1). Als Valideneinkommen ist die IV-Stelle in den früheren Berechnungen von einem monatlichen Lohn von Fr. 4'100.-- ausgegangen, den der Beschwerdeführer gemäss Angaben des Hotels B als Hausangestellter/Portier im Jahr 2004 erzielt hätte. Damit würde sich ein Jahreseinkommen von Fr. 49'200.-- (bezogen auf 2004) ergeben. Ein solcher Lohn wurde indessen gemäss den bei den Akten liegenden IK-Auszügen tatsächlich nie ausgerichtet. Wie sich aus den Lohnblättern ergibt, die dem seinerzeitigen Arbeitgeberbericht vom 23. August 2004 beigelegt waren, erhielt der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt in den Monaten Januar bis April 2003 einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'358.35 (inkl. 13. Monatslohn). Dies entspricht einem Jahreslohn von Fr. 40'300.20. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2011 resultiert damit ein Valideneinkommen von Fr. 43'542.35 (Nominallohnindex Tabelle T1.93\_I, Zeile 55 "Gastgewerbe": 2004 = 115,6; 2010 = 124,9; Tabelle T1.10, Zeile 55/56 "Gastgewerbe und Beherbergung": 2010 = 100,0; 2011 = 100,0).

#### **E. 7.3.2**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem

das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die gestützt auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) ermittelten Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 129 V 475 E. 4.2.1, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer übt keine Erwerbstätigkeit mehr aus. Das Invalideneinkommen ist daher anhand der Tabellenlöhne der LSE zu bestimmen. Dabei ist auf die Tabelle TA1 für das Jahr 2010 abzustellen, wonach Männer im gesamten privaten Sektor in einer Tätigkeit des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) Fr. 4'901.-- pro Monat bzw. Fr. 58'812.-- pro Jahr verdienen konnten. Bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex 2010 = 100,0; 2011 = 101,0) ergibt dies einen Betrag von Fr. 61'766.10.

### **E. 7.3.3**

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Werts erfolgen (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist der tatsächlich erzielte Verdienst dann deutlich unterdurchschnittlich und Anlass zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Zu parallelisieren ist er indes nur insoweit, als die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 304 E. 6.1.3). Der Beschwerdeführer macht geltend, das Valideneinkommen sei stark unterdurchschnittlich gewesen. Er sei gelernter Schweisser und habe im Hotel B während mehr als 20 Jahren als Hausmeister gearbeitet. Es sei davon auszugehen, dass er nach dieser langen Arbeitszeit eine Tätigkeit ausgeübt habe, bei der selbständig und qualifiziert habe vorgegangen werden müssen. Als Vergleichsbasis sei daher der LSE-Lohn für das Gastgewerbe im Anforderungsniveau 2, zumindest aber im Anforderungsniveau 3 heranzuziehen und die Vergleichseinkommen seien dementsprechend zu parallelisieren. Dieser Argumentation kann so nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer hat seinen Angaben gegenüber dem RAD-Arzt Dr. D zufolge nach acht Jahren Primarschule in Serbien einen sechsmonatigen Grundkurs zum Schweisser absolviert, jedoch ohne entsprechende Prüfung. In den Jahren 1978 bis 1981 war er in einer Metallfabrik tätig und leistete ausserdem während 15 Monaten Militärdienst. Seit seiner Einreise in die Schweiz war er schliesslich beim Hotel B in Luzern angestellt. Entgegen seinen Ausführungen arbeitete er dabei aber nicht als Hausmeister, sondern gemäss Arbeitgeberbericht als Hausangestellter/Portier. Aus dem bei den Akten liegenden (undatierten) Arbeitszeugnis

umfasste sein Hauptaufgabengebiet die tägliche Reinigung der Räumlichkeiten sowie den Unterhalt der Betriebseinrichtungen und kleinere anfallende Reparaturen im Haus. Darin kann keine qualifizierte Arbeit erblickt werden. Vielmehr handelt es sich um eine einfache Tätigkeit, welche dem Anforderungsniveau 4 zuzuordnen ist. Im Bereich Gastgewerbe ergibt sich aus der LSE 2010 für solche Tätigkeiten ein monatliches Einkommen von Fr. 3'810.-- bzw. ein Jahreseinkommen Fr. 45'720.--. Bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42,3 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex 2010 = 100,0; 2011 = 100,0) ergibt dies ein branchenübliches Einkommen von Fr. 48'348.90. Das für das Jahr 2011 ermittelte Valideneinkommen von Fr. 43'542.35 ist dementsprechend um rund 10 % tiefer als branchenüblich. Damit ist zwar in der Tat eine Parallelisierung vorzunehmen, jedoch lediglich im Umfang von 5 % (10 % abzüglich Erheblichkeitsgrenze von 5 %) und nicht in Höhe von 13 oder gar 23 %, wie vom Beschwerdeführer gefordert. Bei einem Parallelisierungsabzug von 5 % ergibt sich nach dem Gesagten ein Ausgangsbetrag für die Ermittlung des Invalideneinkommens von Fr. 58'687.30 (Fr. 61'776.10 abzüglich 5 %).

#### **E. 7.3.4**

Zu prüfen bleibt die Frage, ob bzw. inwieweit ein weiterer Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist. Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 % begrenzten Leidensabzug von dem nach den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (zum Ganzen vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer will vorliegend den maximal zulässigen Leidensabzug von 25 % angerechnet haben. Er verweist darauf, dass die rechte Schulter bleibend geschädigt sei und er daher den rechten Arm kaum mehr bewege. Auch an der linken Schulter bestehe ein Impingement. Damit sei die Belastbarkeit der Arme stark reduziert. Er sei zudem bereits über 50-jährig, sodass er kaum mehr eine Stelle finden werde, zumal er praktisch seit zehn Jahren vom Arbeitsmarkt abwesend gewesen sei. Im Weiteren könne er nur noch Teilzeit (60 %) arbeiten. Weiter verweist er darauf, dass er infolge seiner reduzierten Belastbarkeit nur noch körperlich leichte Arbeiten ausüben könne. Lohnmindernd würden sich auch seine eingeschränkten Sprachkenntnisse auswirken. Auch seine psychische Erkrankung vermindere seine Verdienstmöglichkeiten, ebenso wie schliesslich der Aufenthaltsstatus. Diesen Vorbringen ist entgegenzuhalten, dass gestützt auf die medizinischen Unterlagen bezogen auf die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren leichten Tätigkeiten, die nicht über Schulterhöhe ausgeübt werden sollen, nicht von einer faktischen Einarmigkeit die Rede sein kann. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer lediglich noch leichte Tätigkeiten verrichten kann, ist für sich allein im Übrigen aber noch kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (BGer-Urteil 8C\_870/2011 vom 24.8.2012 E. 4.1 mit Hinweis). Auf dem hier massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt wird auch davon ausgegangen, dass dieser auch für ältere Arbeitnehmer grundsätzlich genügend Arbeitsmöglichkeiten bereithält. Aus Gründen des Lebensalters ist bei über 50-Jährigen jedenfalls rechtsprechungsgemäss in der Regel noch kein Abzug angebracht (BGer-Urteil 9C\_386/2012 vom 18.9.2012 E. 5.2). Die bereits über

10-jährige Absenz vom Arbeitsmarkt ist vorliegend zudem ohnehin nicht als invaliditätsbedingt zu berücksichtigen, hätte der Beschwerdeführer doch nach den Schulteroperationen in den Jahren 2002 und 2003 schon längst wieder zu 100 % in einer Verweistätigkeit arbeiten können. Zu beachten ist im Weiteren, dass die geltend gemachten eingeschränkten Sprachenkenntnisse und der Aufenthaltsstatus nebst der fehlenden Ausbildung der Grund dafür gewesen sein dürften, dass der Beschwerdeführer bereits ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte. Die Voraussetzungen des Parallelisierungsabzuges und des Leidensabzuges stehen aber insofern in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis, als dieselben einkommensbeeinflussenden Faktoren nicht sowohl einen Parallelisierungs- als auch einen Leidensabzug zu begründen vermögen (BGE 135 V 297 E. 6.2). Sprachkenntnisse, Aufenthaltsstatus und fehlende Ausbildung können daher vorliegend nicht noch einmal berücksichtigt werden. Immerhin wird unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit in der Regel vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (BGer-Urteil 8C\_548/2010 vom 23.12.2010 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Gemäss der LSE 2004 Tabelle T6\*, Anforderungsniveau 4, erzielten Männer in Teilzeittätigkeiten zwischen 25 % und 49 % im Vergleich zu voll erwerbstätigen Männern ( $\geq 90$  %) einen um rund 18 % reduzierten Verdienst. Aufgrund der lediglich noch in einem 40 %-Pensum möglichen Erwerbstätigkeit rechtfertigt sich daher vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn in diesem Umfang. Demgemäss ist das Invalideneinkommen auf Fr. 19'249.40 festzusetzen (40 % von Fr. 58'687.30 = 23'474.90; davon abzüglich 18 %).

### **E. 7.3.5**

Insgesamt ergibt sich bezogen auf das Jahr 2011 demnach bei einem Valideneinkommen von Fr. 43'542.35 und einem Invalideneinkommen von Fr. 19'249.40 ein Invaliditätsgrad von rund 56 %. Dieser begründet einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

### **E. 7.3.6**

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente gemäss Art. 88a Abs. 1 Satz 1 IVV von dem Zeitpunkt an zu beachten, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist laut Satz 2 derselben Bestimmung in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Das Bundesgericht wendet in der Regel den zweiten Satz dieser Vorschrift an und gewährt oder bestätigt die bisherige höhere Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustands hinaus (BGer-Urteile 8C\_94/2013 vom 8.7.2013 E. 4.1 und 8C\_670/2011 vom 10.2.2012 E. 5.1 mit Hinweisen). Nachdem die vorangehende vollständige Arbeitsunfähigkeit infolge der Kardiomyopathie bis 4. Mai 2011 bestanden hat, hat die entsprechende Herabsetzung auf eine halbe Invalidenrente infolge der nun psychiatrisch bedingten Einschränkungen daher ab August 2011 zu erfolgen.

## **E. 8**

Zusammenfassend ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab 1. November 2010 bis 31. Juli 2011 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. August 2011 auf eine halbe Invalidenrente hat. Insoweit erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als begründet und sie ist dementsprechend teilweise

gutzuheissen.

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