

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00015 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00015 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00015 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene X._____

war vom 30. Juni 2003 bis

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der

Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 5. Januar 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 19. November 2014 sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente auszurichten. Am 11. Februar 2015 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 20. Februar 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 19. November 2014 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer am 26. September 2006 und am 27. Februar 2007 Unfälle erlitten habe. Gemäss Gutachten der MEDAS A.____ vom 22. Mai 2014 lägen keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vor. Der MEDAS hätten die vollständigen SUVA-Akten mit allen Unfällen vorgelegen. Es bestünden zudem IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren und es liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe nur einen Bruchteil der SUVA-Akten beigezogen. Es seien nur gerade zwei Unfälle aktenkundig. Ohne Beizug und Kenntnis der vollständigen SUVA-Akten könne die Beschwerdegegnerin das MEDAS-Gutachten nicht rechtskonform prüfen und würdigen. Die Beschwerdegegnerin habe zudem den Verlauf seit dem ersten Unfall nicht ermittelt, dem Gutachten lasse sich dieser nicht entnehmen. Der Verlauf seit dem im März 2008 eingereichten Leistungsbegehren sei jedoch rechtserheblich im Hinblick auf zumindest temporäre Rentenansprüche. Die SUVA habe wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit seit dem ersten Unfallereignis vom 26. September 2006 nahezu ununterbrochen bis am 31. August 2014 Taggeldleistungen erbracht. Die Beschwerdegegnerin habe nicht begründet, weshalb sie hiervon abweiche. 3. 3.1

Nach dem Unfall vom 26. September 2006 wurden im Kurz-Austrittsbericht des B.____ vom 27. September 2006 folgende Diagnosen festgehalten (Urk. 7/12 / 33): - Commotio cerebri - Schulterkontusion links - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung. 3.2

Nach dem Unfall vom 27. Februar

2007 in Polen stellte der Hausarzt Dr. med.

C.____ im Arztzeugnis UVG vom 20. April 2007 folgende Diagnosen (Urk. 7/11 / 94): - HWS-Distorsion mit Schleudertraumasymptomatik - Commotio cerebri. 3.3

Nach dem Unfall vom 15. September 2009 in Polen führte

Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, im Bericht vom 24. November 2009 folgende Diagnose auf (Urk. 7/48 / 23): - Posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach zweimaliger HWS-Distorsion (1. Unfall am 27. Februar 2007, 2. Unfall am 15. September 2009) . 3.4

Nach dem Unfall vom 12. Februar 2010

stellte das

E.____

im Bericht vom 14. Februar 2010 folgende Diagnose (Urk. 7/48 / 214): - HWS-Distorsion, Auffahrunfall am 12. Februar 2010 . 3.5

Nach dem Unfall vom 4. November 2010

wurden im provisorischen Austrittsbericht des F.____ vom 5. November 2010 folgende Diagnosen festgehalten (Urk. 7/48 / 318): - Leichte traumatische Hirnverletzung - Handgelenkskontusion links . 3.6

Nach dem Unfall vom 30./31. Juli 2011

wurde im ambulanten Bericht des F.____

vom 3. August

2011 betreffend Behandlung der Folgen des Vorunfalles vom 4.

November 2010 bei seither geklagten Fussbeschwerden folgende Diagnose aufgeführt (Urk. 7/48 / 268): - Verdacht auf Gichtarthritis MTP Dig. I Fuss rechts

Dazu wurden folgende Nebendiagnosen gestellt: - Status nach Treppensturz vom 4. November 2010 - Processus

spinosi Fraktur LWK 2 (rez. motorische Defizite, lumboschialgisch im linken Bein seit ehedem) - leichte traumatische Hirnverletzung - Handgelenkskontusion links - Status nach Autounfall am 27. Februar 2007 - Chronische Nackenschmerzen bei Status nach HWS-Distorsion - Tinnitus bei Hochton-Innenohrstörung links

Der drei Tage zuvor erlittene Unfall fand keine Erwähnung. 3.7

Nach dem Unfall vom 9. Juli 2012 im Kosovo hielt

Dr. D.____

im Bericht vom 6. Oktober 2012 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/53 / 6): - Status nach Trauma mit HWS-Distorsion und multiplen Kontusionen und Prellungen (Unfall am 9. Juli 2012) - Status nach Treppensturz am 4. November 2010 mit Commotio cerebri, Fraktur des Processus

Spinosa LWK 2 und Handgelenkskontusion links - Posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach dreimaliger HWS-Distorsion (1. Unfall 27. Februar 2007, 2. Unfall 15. September 2009, 3. Unfall 12. Februar 2010) . 3.8

Im Bericht des G.____ vom 31. Januar 2008 (erstellt nach dem zweiten Unfall vom 27. Februar 2007; Urk. 7/14 / 10-12) hat ten med.

pract . H.____ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. I.____ , Klinischer Psychologe und Supervisor, folgende Diagnosen auf geführt : - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Mittelgradige depressive Episode, DD Anpassungsstörung - Tinnitus bei Hochton-Innenohrstörung links - Status nach HWS-Distorsion - Status nach commotio cerebri 2006, 2007

Ergänzend führten sie aus , dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht derzeit zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Dasselbe wie d erhalten sie

im Bericht vom 11. Februar 2010 (erstellt nach dem dritten Unfall vom 15. September 2009; Urk. 7/48 / 165-167) , wobei zusätzlich die Diagnose einer leichten Bandscheibendegeneration C5/6 mit Verdacht auf Anulusriss , die das Ausmass der angegebenen Beschwerden nicht ausreichend erklären würden , gestellt wurde . 3.

E. 2.2.2

mit weiteren Hin weisen). 5.4.3

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E.

3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August

2013 E.

3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E.

4.1). Dabei stellt das Bundesgericht so wohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E.

4.1) hohe Anforderungen. 5.4.4

Die Therapiemöglichkeiten wurden vom Beschwerdeführer während dem vorliegenden in Frage stehenden Zeitraum von März 2007 bis März 2014 nicht ausgeschöpft. So sind den Unterlagen zwar sieben psychiatrische Behandlungen zwischen dem 5. Februar und dem 22. April 2010 zu entnehmen (Urk. 7/48 / 141). Seither sind jedoch keine weiteren regelmässigen Konsultationen bei einem Psychiater mehr dokumentiert. Eine solche Behandlungsfrequenz deutet nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck hin. Von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist, kann jedenfalls nicht gesprochen werden.

Beim Beschwerdeführer bestehen zudem deutlich ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren (chronische Erkrankung eines Elternteils, Unmöglichkeit [aus politischen Gründen], die Ausbildung für den Wunschberuf abzuschliessen, Kriegserfahrungen, Scheidungen und Trennungen, fehlende kulturelle und soziale Integration, Kündigung der Stelle vor dem ersten Unfall und schwierige finanzielle Situation; Urk. 7/62 / 43). Solche Faktoren vermögen medizinisch die Diagnose einer leichten bis mittelschweren Depression, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (vgl. zum Ganzen BGE 127 V 294 E. 5a sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E).

2), was vorliegend nicht der Fall ist.

5.4.5

Selbst wenn also eine depressive Symptomatik angenommen wird, so kann dies aufgrund der lediglich leichten bis höchstens mittelschweren Störung und einer fehlenden konsequenten Depressionstherapie keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden.

Von einer

gar 100%igen Arbeitsunfähigkeit, wie sie vom G.____ festgehalten wurde, kann unter diesen Umständen nicht ausgegangen werden. 5.5.5.1

Beim Beschwerdeführer wurden zudem eine HWS-Distorsion mit Schleudertraumasymptomatik, ein posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert.

Aufgrund dieser Beschwerden wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 0% (Gutachten der MEDAS A.____ vom 22. Mai

2014; Urk. 7/62 / 9-69) bis 100% (Berichte des G.____ vom 31. Januar 2008 und 11. Februar 2010; Urk. 7/14 / 10-12 und Urk. 7/48 / 165-167 sowie Bericht von Hausarzt Dr. C.____ vom 1. August 2010; Urk. 7/48 / 126) festgehalten.

Hierzu ist festzuhalten, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode beziehungsweise Anpassungsstörung von med. pract. H.____ und Dr.

phil. I.____ ebenso wenig begründet wurde wie die Einschätzung, dass der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig ist. Deren Aussagen können damit nicht schlüssig nachvollzogen werden. Auch gemäss den Gutachtern der MEDAS A.____ ist die sehr hohe

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit retro spektiv kaum nachvollziehbar (Urk. 7/62/68). Die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage werden von den Berichten des G.____ damit nicht erfüllt.

Die MEDAS-Gutachter führten weiter aus , dass die psychiatrische Symptomatik jeweils nur für eine begrenzte Zeit von höchstens zwei Jahren einem Unfall ereignis zugeordnet werden kann (Urk. 7/62 / 43). Inwiefern diese die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach den jeweiligen Unfällen konkret beeinträchtigte, vermochten sie jedoch nicht einzuschätzen. Einzig in Bezug auf den Unfall vom 15. September 2009 gingen sie von einer Einschränkung um 10 bis 30 % während maximal zwei Jahren aus (Urk. 7/62 / 68).
5.5.2

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arzt person im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Es kann damit von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352

begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungs vollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierteres Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender

somatoformer

Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselbete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014

E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S.

150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2013 vom 16. Februar

2014 E. 4.1-2) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet. 5.5.3

Im hier zu beurteilenden Fall sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass unter Berücksichtigung der mittlerweile massgebenden Standardindikatoren eine (temporäre) rentenrelevante

Arbeitsunfähigkeit resultieren könnte. Eine wesentliche Einschränkung durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder die HWS-Distorsion lässt sich nicht erkennen. So war der Beschwerdeführer zwischenzeitlich auch in der Lage, trotz angeblicher Beschwerden aufgrund seiner HWS-Distorsion eine Stelle als Möbeltransporteur anzutreten.

Ebenso waren ihm die ganzen Jahre stundenlange Autofahrten nach Polen oder in den Kosovo möglich. Keiner der Unfälle ist zudem als besonders eindrücklich einzustufen, selbst nach dem - soweit ersichtlich - schwersten Unfall vom 9. Juli 2012 ergaben sich nach Ansicht der MEDAS-Gutachter keine stichhaltigen Gründe für eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/62 / 45). So hat denn auch keiner der Unfälle zu Verletzungen geführt, welche mit bildgebenden Verfahren objektiviert werden konnten. Wie bereits dargelegt, war der Beschwerdeführer lediglich im Jahre 2010 während wenigen Wochen in psychiatrischer Behandlung. Weder kann damit von einem konsequenten Angehen der Schmerzproblematik mittels einer Therapie noch von einer Behandlungsresistenz gesprochen werden. Ein gravierendes objektivierbares körperliches Leiden besteht zudem nicht; dem depressiven Geschehen kommt - wie bereits dargelegt - keine invalidisierende Bedeutung zu.

Was die persönlichen und sozialen Ressourcen des Beschwerdeführers betrifft, so ist dieser Vater von fünf Kindern, wobei vier mit ihm zusammen wohnen und mit welchen er ein gutes Verhältnis hat. Auch zu seinen Geschwistern hat er einen guten Kontakt, drei davon wohnen ebenfalls in der Schweiz. Er hat zudem regelmässigen Kontakt zu Freunden und Verwandten, welche er besucht oder bei sich zu Hause empfängt. Der Beschwerdeführer geht regelmässig spazieren und macht kleinere Einkäufe selber, surft im Internet und schaut regelmässig fern, am liebsten Fussball, selten kocht und liest er auch. Das geschilderte Tagesaktivitätsniveau ist damit nicht besonders hoch, mit seinen Kindern, Freunden und anderen Verwandten verfügt der Beschwerdeführer jedoch über intakte soziale Ressourcen. Dass die Kinder offenbar erst nach dem 1. Februar 2010 (Urk. 7/48 /166) zu ihm zogen, ändert daran nichts, ist doch davon auszugehen, dass auch vor diesem Zeitpunkt regelmässig Kontakt zu weiteren Verwandten und Freunden bestand.

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht in ausgeprägtem Umfang gegeben sind. Wohl erfüllt der Beschwerdeführer das Kriterium der Komorbidität, doch kommt diesen weder eine invaldisierende Bedeutung zu noch wurden sie therapeutisch konsequent angegangen. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zudem während des gesamten vorliegend in Frage stehenden Zeitraums nur bedingt zu beobachten. In Verbindung mit den intakten sozialen Strukturen spricht dies dafür, dass insgesamt eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen einer Schmerzproblematik zu verneinen ist. 5.5.4

Der Schmerzstörung und der HWS-Distorsion kam damit zu keinem Zeitpunkt eine invaldisierende Wirkung zu. 5.6

Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, Dr. L.____ von der MEDAS A.____

habe ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht liege keine wesentliche, das heisst höher als 10%ige, Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) vor (Urk. 7/62 / 67). Er schloss daraus auf eine vorbestehende, höhergradige

Arbeitsunfähigkeit. Aus dieser ärztlichen Aussage kann nicht geschlossen werden, dass zuvor eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während mindestens eines Jahres vorlag. Jedenfalls vermag sie nichts daran zu ändern, dass den oben dargelegten psychischen Beschwerden keine invaldisierende Wirkung zukommt. 5.7

Es sind den Akten damit keine Diagnosen zu entnehmen, welche eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im von Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG geforderten Umfang überwiegend wahrscheinlich machen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

und Urk. 7/62 / 1-8). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung besteht jedoch für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung in Bezug auf die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung (BGE 133 V 549 E. 6). Dasselbe hat auch für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Unfallversicherung zu gelten. Aus dem

Umstand , dass die SUVA dem Beschwerdeführer während dem gesamten vorliegend in Frage stehenden Zeitraum Taggelder gewährte, kann der Beschwerdeführer damit nichts zu seinen Gunsten ableiten. 5.3

5.3.1

Mit Ausnahme der Fraktur des Processus

spinosus LWK2 beim Sturz vom 4.

November 2010

zog sich der Beschwerdeführer keine Verletzungen zu , welche mit bildgebenden Verfahren objektiviert werden konnten. Zu dieser angeblichen Fraktur ist jedoch festzuhalten, dass das

erstbehandelnde

F.____

sie nicht feststellte (Bericht vom 5. November

2010 Urk. 7/48 / 318) und erst Dr. D.____ sie im Bericht vom 15. Juni

2011 diagnostiziert (Urk. 7/48 / 275). Die Diagnose wurde daraufhin auch im Bericht vom F.____ nach dem Unfall vom 30./31. Juli

2011 (Urk. 7/48 / 268) und im Bericht von Dr. D.____ vom 6. Oktober 2012 nach dem Unfall vom 9. Juli

2012 festgehalten (Urk. 7/53 / 6). Dr. J.____ der MEDAS A.____ legte jedoch überzeugend dar, dass die Diagnose auf Grund der Analyse der Röntgenbilder nicht gestützt werden

kann . Das Röntgen dossier

lässt keine Hinweise auf eine durchgemachte Querfortsatzfraktur oder gar Wirbelfraktur erkennen (Urk. 7/62 /37-38). Eine Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit durch eine

Rückenverletzung ist damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 5.3.2

Zur Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung beziehungsweise einer Commotio cerebri ist anzumerken, dass diese nicht schon bedeutet, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2010 vom 6. April 2011 E. 6.1.3 mit Hinweisen). Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektes in Form neurologischer Ausfälle (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2007 vom 17. August 2007 E.

5.1 mit Hinweisen). Daran fehlt es im vorliegenden Fall, neurologische Ausfälle, welche zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im von Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG geforderten Umfang geführt hätten, sind in den Akten nicht dokumentiert. 5.3.3

Zum diagnostizierten Tinnitus, der nach der Rechtsprechung nicht als körperliches Leiden respektive als Leiden, das (zwingend) auf eine körperliche Ursache zurückzuführen ist, betrachtet werden kann (BGE 138 V 248 E.

5.8.3), ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer offensichtlich nicht veranlasst sah, diesen ärztlich durch einen ORL-Facharzt behandeln zu lassen. Nach Ansicht der MEDAS-Gutachter schränkt dieser die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht wesentlich ein (Urk. 7/62/42). Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Beschwerdeführer durch den Tinnitus vor der Begutachtung in einer rechtlich massgeblichen Intensität beeinträchtigt worden wäre. Auch der Tinnitus führte damit nicht zu einer vorübergehenden,

rentenrelevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. 5.4 5.4.1

In psychiatrischer Hinsicht wurden eine mittelgradige depressive Episode oder Anpassungsstörung sowie eine subsyndromale Depression oder Dysthymia diagnostiziert. 5.4.2

Definitionsgemäss stellt die Anpassungsstörung ein lediglich vorübergehendes Leiden dar beziehungsweise bildet keine hinreichend ausgeprägte Psychopathologie. Vielmehr liegt sie im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_153/2012 vom 15. Oktober 2012 E. 4.3). Auch eine Dysthymia ist regelmässig nicht invalidisierend (Urteil des Bundesgerichts 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E.

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