

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00165 vom 28. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00165](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00165)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00165 du 28 mars 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00165 del 28 marzo 2012

## Erwägungen

### E. 3.1

3.1.1. Z., FMH Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht an Y. vom 14. November 2007 ein HWS-Distorsionstrauma mit unspezifischen Beschwerden, Schwindel, Kopfdruck sowie Nackenverspannungen sowie einen Status nach Nierentransplantation (Urk. 11/21/38). Im detailliert geprüften Neurostatus fanden sich keine pathologischen Befunde, lediglich gewisse Druckdolenzen im HWS-Bereich. Die Problematik liege vor allem in Kopfschmerzen, Antriebs- und Leistungsminderung sowie einem Fatigue-Syndrom. Eine Rolle spiele sicher auch eine gewisse vegetative Dystonie (Urk. 11/21/39).

In seinem Bericht an den Unfallversicherer vom 17. November 2007 hielt Z. fest, dass die Arbeitsunfähigkeit zur Zeit 100 % betrage (Urk. 11/21/41).

3.1.2. A., FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, erhob in seinem im Auftrag des Unfallversicherers erstellten Konsiliarbericht vom 5. Februar 2008 therapieresistente persistierende diffuse und allmählich generalisierende Weichteildysbalancen im Bereiche parazervikal, Schulterregion, Musculus infraspinatus und parathorakal bis Höhe Th9, immer linksseitig, ohne Hinweise weder für eine Hypermobilität noch Instabilität oder segmentale Dysfunktion an der HWS resp. im zervikothorakalen Übergang, mit Hinweisen für eine vegetative Dystonie bei psychosozial belastender Situation (Urk. 11/21/34-35). Aus seiner Sicht bestanden beim Beschwerdeführer die Gefahr einer Chronifizierung und offensichtlich auch vegetative Symptome mit einer nicht zu unterschätzenden psychosozialen Belastungssituation, weshalb er eine stationäre Rehabilitation empfehle (Urk. 11/21/36).

3.1.3. Y. führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2008 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine HWS-Distorsion, bestehend seit dem 15. Juni 2007, und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Nierentransplantation an (Urk. 11/24/3). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 11/24/4). In der bisherigen Tätigkeit sei er seit dem 18. Juni 2007 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (11/24/2).

3.1.4. Die Ärzte der Klinik U., in welcher der Beschwerdeführer vom 13. Mai 2008 bis 24. Juni 2008 hospitalisiert war, erhoben in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. September 2008 (1) einen Status nach Schleudertrauma am 15. Juni 2007 (ICD-10 S13.4) mit chronischem Zervikozephalosyndrom mit Fehlfunktion C4/5 links, (2) eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.25), (3) eine psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z56.6) sowie (4) einen Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1). Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei bis zum 16. Juli





R.\_\_\_\_ von der S.\_\_\_\_ AG nach dem BVG-Versicherer des Beschwerdeführers erkundigt. Herr R.\_\_\_\_ habe sich erstaunt gezeigt und sich, mit der Bitte um vertrauenswürdig Behandlung, mitunter dahingehend geäußert, dass der Beschwerdeführer ein Simulant sei. Er sei am Montag ins Büro gekommen und hätte gesagt, dass es ein kleiner Unfall gewesen sei und er keine Schmerzen hätte. Die Frage, ob er ein Schleudertrauma erlitten habe, habe er mit "nein, er habe keine Probleme" beantwortet. Im Weiteren habe Herr R.\_\_\_\_ noch mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer immer finanzielle Probleme gehabt hätte und sicher sein Bestes tue, die jetzige Situation finanziell auszukosten (Urk. 11/21/23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses Dokument wurde - wie auch die weiteren Vorakten, welche die Beschwerdegegnerin vor der Begutachtung dem Institut T.\_\_\_\_ und ausserdem auch dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zugestellt hatte (Urk. 11/46) - im Gesamtgutachten unter dem Titel "Auflistung der Akten in chronologischer Reihenfolge" angeführt und unter dem Titel "Vorgeschichte zum Gutachten mit Eckdaten gemäss Aktenlage" im Wortlaut wiedergegeben (Urk. 11/47/3-4), ebenso im neuropsychologischen Fachgutachten vom 17. Juni 2009 (Urk. 11/47/60). Im psychiatrischen Fachgutachten vom 25. August 2009 wurde das Dokument ebenfalls unter dem Titel "Vorgeschichte gemäss Aktenlage aus Fachgutachtersicht" aufgelistet. Zum Inhalt wurde darin bemerkt, dass der Arbeitgeber der Taggeldversicherung mitteile, der Beschwerdeführer sei ein Simulant. Er habe zugegeben, dass es sich um einen kleinen Unfall gehandelt und er keine Schmerzen habe. Der Rest der Darstellung des Inhaltes der Telefonnotiz wurde im psychiatrischen Fachgutachten - versehentlich - nicht vollständig abgedruckt (Urk. 11/47/72).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darüber hinaus findet die besagte Telefonnotiz, welche im Äbrigen eingangs als "Telefonnotiz AA.\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_ mit Herrn R.\_\_\_\_, S.\_\_\_\_ AG" (Urk. 11/47/3) und erst danach als "Telefonnotiz AA.\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_ mit Herrn XY, S.\_\_\_\_ AG" (Urk. 11/47/4) beschrieben und somit faktisch gar nicht anonymisiert wurde, sowohl im Gesamt- als auch in den beiden Fachgutachten keine weitere Erwähnung mehr. Insbesondere wurde darauf weder im Rahmen der fachgutachterlichen noch im Rahmen der gesamtgutachterlichen Beurteilung je Bezug genommen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter des Instituts T.\_\_\_\_ begründeten den von ihnen geäußerten Verdacht auf das Vorliegen einer Aggravation resp. Simulation vielmehr damit, dass beim Beschwerdeführer keine Erkrankungen hätten objektiviert werden können, welche einen bedeutsamen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit als Art Director haben. Besonders in der neuropsychologischen Testung würden klar Befunde erhoben, welche den Verdacht auf eine Aggravation bis hin zur Simulation erweckten. Auch im Rahmen der rheumatologischen und neurologischen Beurteilung hätten sich auffällige Widersprüche zwischen den objektivierten Befunden und der geäußerten Symptomatik/Leistungsfähigkeit ergeben, welche psychiatrisch allenfalls im Rahmen der Diagnose ÄVerhaltensauffälligkeit bei andernorts klassifizierten ErkrankungenÄ erfasst werden können, ohne dass diese jedoch einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte (Urk. 11/47/26). Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, steht diese Beurteilung mit den im neuropsychologischen, rheumatologischen sowie im neurologischen Fachgutachten gemachten Feststellungen und Beobachtungen im Einklang und erscheint nachvollziehbar. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers resp. des BB.\_\_\_\_-Institutes bestehen somit keine Anzeichen für eine Voreingenommenheit der Gutachter des Instituts T.\_\_\_\_.

3.2.3.1 Die Schlussfolgerungen im Gesamtgutachten des Instituts T.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2010 (Urk. 11/47/22-27) basieren im Wesentlichen auf den Feststellungen in den einzelnen Fachgutachten (rheumatologische Fachgutachten vom 12. Mai und vom 13. Oktober 2009 [Urk. 11/47/37-49], neurologisches Fachgutachten vom 17. Dezember 2009 [Urk. 11/47/50-58], neuropsychologisches Fachgutachten vom 17. Juni 2009 [Urk. 11/47/59-71], psychiatrisches Fachgutachten vom 25. August 2009 [Urk. 11/47/72-76] sowie neurootologisches Fachgutachten vom 16. Mai 2009 [Urk. 11/47/77-81]).

Die Gutachten des Instituts T.\_\_\_\_ Dass der Beschwerdeführer rheumatologisch und neurologisch zweimal, in den übrigen Fachgebieten jedoch nur einmal untersucht wurde, hängt gemäss den Angaben im Gesamtgutachten ausschliesslich damit zusammen, dass dem Institut T.\_\_\_\_ die zusätzlichen Fragen des Unfallversicherers sowie des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erst am 31. Juli 2009 bekannt wurden. Es sei notwendig geworden, zur Beurteilung der Kausalität zwei zusätzliche Untersuchungstermine anzuberaumen (Urk. 11/47/1-2).

### E. 3.3

3.3.1.1 G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin/Rehabilitation, legte in ihrem - ersten - rheumatologischen Fachgutachten vom 12. Mai 2009 begründet dar, dass und weshalb die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So führte sie aus, in der klinischen Untersuchung vom 11. Mai 2009 sei der Beschwerdeführer, welcher einen schlechten Tag angebe und seine Position auf dem Stuhl ständig verändere, lebhaft gestikuliere und sich mehrfach den Nacken und das Gesicht reibe, durch eine psychomotorische Unruhe aufgefallen. Die spontanen Kopfbewegungen seien frei. In der funktionellen Untersuchung der HWS zeige sich eine geringe Bewegungseinschränkung sämtlicher Rotationen nach links mit paravertebrale Schmerzangabe. Palpatorisch würden im Bereich der leicht hypertonen Nackenmuskulatur links bereits auf Berührung Schmerzen angegeben, im Sinne einer Hyperpathie. Die Schultergürtelmuskulatur sei linksbetont mässig hyperten und auf der linken Seite diffus druckdolent. Sämtliche Dornfortsätze der gesamten Wirbelsäule seien druckdolent, zum Teil würden auch fortgeleitete Schmerzen bis zervikal/Schulterregion links angegeben. Es beständen keine Hinweise für eine zervikoradikuläre Symptomatik. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS stellten sich weder posttraumatische Veränderungen dar, noch fanden sich relevante degenerative Veränderungen. Insgesamt ergebe sich aus muskuloskelettaler Sicht eine Diskrepanz zwischen der Eindrücklichkeit der klinischen und der radiologischen Befunde und der geltend gemachten Leistungsunfähigkeit im Beruf. Diese Diskrepanz sowie auch der protrahierte, chronifizierte Verlauf könnten durch die muskuloskelettalen Faktoren nicht erklärt werden. Vielmehr seien dafür nicht-muskuloskelettale Faktoren wie Krankheitsverarbeitung, Krankheitseinschätzung und subjektive Perspektivewahrnehmung verantwortlich. Aufgrund der aktuell am Bewegungsapparat erhobenen Befunde sei aus rheumatologischer Sicht sowohl die angestammte Tätigkeit als Art und Creative Director als auch die aktuelle Tätigkeit in einem Werbeatelier ganztags zumutbar. Dabei bestehe eine Einschränkung von 10 % bis 20 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, sodass eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bis 90 % resultiere. Jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Weistätigkeit ohne längerdauernde fixierte Körperperstellung sei ebenfalls zu 80 % bis 90 % zumutbar.

Im zweiten rheumatologischen Fachgutachten vom 13. Oktober 2009 wies G. \_\_\_ ebenfalls darauf hin, dass beim Beschwerdeführer während des 40-minütigen Interviews freie spontane Kopfbewegungen, freies Gestikulieren mit den Armen sowie flüssige Bewegungen beim Entkleiden sowie beim Benutzen der Untersuchungsliege zu beobachten gewesen seien (Urk. 11/47/46). Aus muskuloskelettaler Sicht seien die angestammte Tätigkeit als Art und Creative Director und auch die aktuelle Tätigkeit unverändert ganztags zumutbar. Aufgrund der leichten Befundverbesserung reduziere sich die Einschränkung dabei auf 10 % bei erhöhtem Pausenbedarf, das heisse, es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen. Für eine körperlich leichte Alternativtätigkeit ohne länger dauernde fixierte Körperstellung gelte ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (Urk. 11/47/47).

Die von G. \_\_\_ gestellte Diagnose eines chronischen zervikovertebralen/zervikozephalen Schmerzsyndroms links bei/mit myofaszialen Befunden am Schultergürtel und nuchal links sowie rezidivierenden okzipitofrontalen Kopfschmerzen (Urk. 11/47/48; vgl. Urk. 11/47/42) steht mit den von ihr erhobenen - weitgehend unauffälligen - klinischen Befunden (Urk. 11/47/40-41 und Urk. 11/47/46) sowie den Ergebnissen der am 11. Mai 2009 im Universitätsklinikum Basel durchgeführten bildgebenden Abklärungen (Urk. 11/47/41) in Einklang.

Bei einem "Syndrom" handelt es sich um die Benennung eines bestimmten Symptomenkomplexes, und es geht beim chronischen zervikovertebralen/-zephalen Syndrom lediglich um die Benennung eines Schmerzzustandes (vgl. Urteil des Bundesgerichtes U 58/06 vom 2. August 2006 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Schmerzen heben aber das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nicht auf (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen). Vielmehr besteht nach der Rechtsprechung eine - auf medizinische Empirie gestützte - Vermutung, dass pathogenetisch-aetiologisch unklare syndromale Leidenszustände (vgl. BGE 132 V 65) oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung in der Regel überwindbar sind (vgl. Erwägung 1.1). Dementsprechend geht das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass pathogenetisch-aetiologisch unklare Beschwerdebilder die Ausübung (zumindest) leichter Tätigkeiten aller Erfahrung nach nicht ausschliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die von G. \_\_\_ vorgenommene Beurteilung, wonach dem Beschwerdeführer die bisherige wie auch jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde fixierte Körperstellung grundsätzlich ganztags zumutbar ist, erscheint deshalb überzeugend. Mangels Begründung sowie mit Blick auf die von ihr erhobenen objektiven Befunde nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist hingegen, weshalb beim Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht ein erhöhter Pausenbedarf von 20 % (Urk. 11/47/43) resp. 10 % (Urk. 11/47/47) bestehen soll (vgl. Erwägung 3.4).

3.3.2 Die neurologischen Untersuchungen fanden gemäss den Angaben im Gesamtgutachten des Instituts T. \_\_\_ am 3. April und am 17. Dezember 2009 statt (Urk. 11/47/2), wobei im neurologischen Fachgutachten vom 17. Dezember 2009 (Urk. 11/47/50-58) nur über die Ergebnisse der Untersuchung vom gleichen Tag berichtet wurde. Die Ergebnisse der Untersuchung vom 3. April 2009 wurden in diesem Fachgutachten nicht erwähnt. Ein betreffendes separates Fachgutachten liegt nicht vor.

Hingegen fielen die neuropsychologischen Untersuchungen auf dieses Datum (Urk, 11/47/59). Entgegen den Angaben im Bericht des BB. \_\_\_-Institutes vom 10. Dezember 2010 (Urk. 3/9 Seite 4) wurde aber im Gesamtgutachten durchaus auch auf die erste neurologische Untersuchung vom 3. April 2009 Bezug genommen. Deren Ergebnisse wurden darin dahingehend zusammengefasst, dass sich eine leichtgradige Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der Halswirbelsäule sowie eine leichte Verspannung der paravertebralen Nackenmuskulatur gezeigt hätten. Hinweise auf fokalneurologische Ausfälle, insbesondere Zeichen eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms hätten sich nicht gefunden. Die im Rahmen dieses Fachgutachtens geklagten permanenten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf sowie deren Verbindung mit linksseitigen Kopfschmerzen der Schläfenregion liessen sich aufgrund einer larm- und lichtabhängigen Zunahme möglicherweise als migräneforme Komponente interpretieren. Eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 % werde aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs gesehen, wobei diese Einschränkung überwiegend auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhe. In der ca. acht Monate später durchgeführten neurologischen Fachbegutachtung würden keine bedeutsamen neuen Befunde erhoben (Urk. 11/47/23).

Im betreffenden - aktenkundigen - neurologischen Fachgutachten vom 17. Dezember 2009 hatten H. \_\_\_, FMH Neurologie, und I. \_\_\_ ausgeführt, der Beschwerdeführer habe in der Folge des Unfalles ein erst chronisches, nun intermittierendes zervikozephalales Schmerzsyndrom entwickelt, wobei weder aufgrund der Angaben in den Akten und aufgrund seiner Eigenangaben noch aufgrund der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung Hinweise auf eine auslösende bzw. begleitende Radikulo- oder Myelopathie vorhanden seien. Im Ausmass korrelierend zu den Schmerzen berichte der Beschwerdeführer von unsystematischen Schwindelbeschwerden, welche aufgrund eigenanamnestischer Angaben keiner zentral- oder periphervestibulären Störung zuzuordnen seien. Bei nun gleichzeitig klinisch-neurologisch fehlenden Hinweisen auf eine zentral- oder peripher vestibuläre Störung seien diese Schwindelbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen des Zervikalsyndroms zu beurteilen. Die ausschliesslich im Zusammenhang mit Schmerzen auftretende isolierte Geschmacksstörung sei aufgrund der Anamnese sowie auch des blanden Hirnnervenstatus organisch nicht erklärbar und ebenfalls im Zusammenhang mit den Schmerzen zu erklären. In der klinisch-neurologischen Untersuchung sei zudem eine diskrete und unscharf begrenzte Hemihypästhesie linksseitig aufgetreten. Auffällig sei dabei die Diskrepanz bei Prüfung des Temperaturempfindens gewesen, wobei sowohl bei Prüfung auf Kälte und Wärme linksseitig ein kälteres Empfinden angegeben worden sei. Da sowohl bei einer peripher als auch bei einer zentralen Schädigung des Nervensystems zu erwarten wäre, dass Kälte auf der betroffenen Seite vermindert und Wärme ebenfalls vermindert wahrgenommen werde, könne die vom Beschwerdeführer angegebene Störung ebenfalls nicht organisch erklärt werden und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit funktionell einzustufen. Zudem wiesen die bei der klinisch-neurologischen Untersuchung festgehaltene phasische Innervation (Tremorinnervation) und der auffällige Finger-Nasen-Versuch (FNV) linksseitig ebenfalls auf eine überwiegend funktionelle Störung hin (Urk. 11/47/57).

H. \_\_\_ und I. \_\_\_ kamen zum Schluss, dass aus rein neurologischer Sicht für jegliche Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden sei

(Urk. 11/47/57). Diese - im Rahmen des Gesamtgutachtens (Urk. 11/47/3) übernommene - Beurteilung erscheint mit Blick auf die von H. \_\_\_ und I. \_\_\_ gemachten Feststellungen überzeugend. Wohl hätten die Gutachter des Instituts T. \_\_\_ korrekterweise auch die anlässlich der ersten neurologischen Untersuchung erhobenen Befunde vollständig wiedergeben müssen. Es besteht jedoch kein Anlass, die im Rahmen des Gesamtgutachtens gemachte Angabe, wonach sich die neurologischen Befunde zwischen der ersten und der zweiten neurologischen Untersuchung nicht bedeutsam verändert hätten (Urk. 11/47/23), in Frage zu stellen. Es kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass aus neurologischer Sicht die geklagten Beschwerden auch im Zeitpunkt der ersten Untersuchung im Institut T. \_\_\_ vom April 2009 nicht hatten objektiviert werden können. Dies gilt umso mehr, als sich auch aus den früheren Arztberichten kein fassbares neurologisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden ergibt. Namentlich stellte auch Z. \_\_\_ in seinen Berichten an Y. \_\_\_ vom 14. November 2007 und 5. Februar 2008 fest, dass sich im detaillierten Neurostatus keine pathologischen Befunde und nur gewisse Druckdolenzen im HWS-Bereich gefunden hätten (Urk. 11/21/39) resp. dass keine relevanten neurologischen Defizite vorlägen (Urk. 11/21/30).

3.3.3.3. J. \_\_\_, FMH Otorhinolaryngologie, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, erhob in ihrem neurootologischen Fachgutachten vom 16. Mai 2009 einen mittelgradigen, kompensierten posttraumatischen Tinnitus beidseits (rechts bereits leichtgradig vorbestehend) bei/mit leichtgradiger hochtonbetonter Innenohrschwerhörigkeit beidseits, rechts ausgeprägter als links, ohne Anhaltspunkte für eine retrocochleäre Läsion, sowie einen Status nach HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrunfall im Juni 2007. Gemäss dem Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller handle es sich um einen mittelgradigen Tinnitus, wobei insbesondere dessen Penetranz wie auch Hör- und Schlafprobleme im Vordergrund ständen. Auch im Rahmen der ausführlichen Anamnese und Untersuchung des Beschwerdeführers habe sie den Eindruck gewonnen, dass der Tinnitus lediglich in Belastungssituationen erschwerend zu der dann vorhandenen Konzentrationsschwäche, den Kopfschmerzen, den Nackenschmerzen sowie der Müdigkeit hinzu komme und den Beschwerdeführer zusätzlich beeinträchtige. Nach Erholungsphasen stehe der Tinnitus jedoch nicht ausgeprägt im Vordergrund (Urk. 11/47/80). Spezifische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Sicht seien kaum möglich. Der Beschwerdeführer sollte im Lernen und Anwenden von aktiven Entspannungsmethoden bestärkt werden. Arbeiten in extrem lärmiger Umgebung seien eher zu vermeiden, seien jedoch aufgrund des Berufes des Beschwerdeführers auch nicht sehr wahrscheinlich. Aus rein Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Sicht liege lediglich aufgrund des mittelgradigen kompensierten Tinnitus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 11/47/81).

Die von J. \_\_\_ erhobenen Befunde (Urk. 11/47/79-80) stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Bericht von K. \_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, an Y. \_\_\_ vom 26. September 2008 überein (Urk. 11/31/1). Insbesondere hatte auch dieser eine lediglich leichtgradige hochtonbetonte sensorineurale Schwerhörigkeit erhoben und festgestellt, dass der Tinnitus knapp kompensiert sei. Mit Blick auf diese Befunde sowie die von J. \_\_\_ wiedergegebenen Angaben des Beschwerdeführers selbst (Urk. 11/78-79) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Sicht

massgeblich beeinträchtigt sein sollte.

3.3.4.4. L. \_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 25. August 2009 aus, die seitens der Klinik U. \_\_\_ vermutete Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, welche von der behandelnden Psychologin übernommen worden sei, stelle sich in der von ihm durchgeführten Untersuchung so nicht dar. Der Beschwerdeführer selber berichte, eigentlich nie unter depressiven Verstimmungen gelitten zu haben, er sei eher verärgert über die Leistungsminderung und dass er aufgrund der kognitiven Defizite mehr Zeit für die Umsetzung von Projekten benötige. Auch Zukunftssorgen oder Existenzängste liessen sich beim Beschwerdeführer derzeit kaum nachweisen, was jedoch mit der neuen Perspektive durch Aufbau einer eigenen Werbeagentur seit einem Monat zusammenhänge. Die von der behandelnden Psychologin erwählte differentialdiagnostische Überlegung einer posttraumatischen Belastungsstörung schein wenig plausibel, da sich keine Symptome wie Flashbacks oder Alpträume oder dergleichen zeigten. Der Beschwerdeführer sei zukunftsorientiert und möchte gerne wieder in das Berufsleben einsteigen, brauche jedoch eine Betätigung mit freier Zeiteinteilung, wie er sich dies nun durch das selbständige Arbeiten geschaffen habe (Urk. 11/47/76).

L. \_\_\_ kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine Verhaltensauffälligkeit bei andersorts klassifizierten Erkrankungen (HWS-Distorsionsstrauma [ICD-10 F54]) vorliege. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen, welche eine berufliche Tätigkeit in Frage stellten könnten. Auch Hinweise für das Zugrundeliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert vor dem Unfall zeigten sich nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vollumfänglich gegeben (Urk. 11/47/76).

Bei den Störungen gemäss ICD-10 F50-59 handelt es sich um Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Die Kategorie 54 beinhaltet psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andersorts klassifizierten Krankheiten; sie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft lang anhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_567/2009 vom 17. September 2009 E 5, mit Hinweis; Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, Seite 237).

Mit Blick auf die von L. \_\_\_ unter den Titeln "Aktuelle Beschwerden" (Urk. 11/47/74) und "Untersuchung" (Urk. 11/47/75) gemachten Angaben ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinträchtigt sein sollte. Insbesondere besteht kein Grund zur Annahme, dass beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bestehen könnte. Diese Diagnose setzt gemäss ICD-10 mitunter voraus, dass die Störung innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Diese Kriterien sind -

wie im psychiatrischen Fachgutachten vom 25. August 2009 (Urk. 11/47/76) sowie im Gesamtgutachten des Instituts T.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2010 (Urk. 11/47/25) zu Recht bemerkt wurde - vorliegend offensichtlich nicht erfüllt (vgl. WHO, Internationale Klassifikation psychischer Krankheiten, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, Seite 182).

Die Diagnose einer Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2 wurde erstmals im Bericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Spitals P.\_\_\_\_ vom 29. April 2008 (Urk. 11/40/17) erwähnt, wobei in diesem Zusammenhang, festgehalten wurde, es sei beim Beschwerdeführer im Zuge des äusserst protrahierten Heilungsverlaufes zu einer emotionalen Symptomatik, am ehesten vergleichbar mit einer Anpassungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.23, gekommen. In der Folge wurde auch in den Berichten von B.\_\_\_\_ vom Institut CC.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2008 (Urk. 11/31/2-3; vgl. demgegenüber Urk. 11/40/9 und Urk. 11/80/10-11) sowie der Klinik U.\_\_\_\_ vom 9. September 2009 (Urk. 11/28) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22 resp. ICD-10 F43.25) erhoben. Aufgrund der weiteren Angaben in diesen beiden Berichten lässt sich die Diagnose einer Anpassungsstörung aber nicht nachvollziehen. Selbst wenn die medizinische Richtigkeit der Diagnose einer Anpassungsstörung unterstellt und überdies angenommen wird, dass sie bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Januar 2011 (Urk. 2) bestanden hat, bleibt dies vorliegend ohne entscheidenderhebliches Gewicht. Die Diagnose einer Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2 ist nämlich rechtsprechungsgemäss ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteile des Bundesgerichtes 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.2 und 9F\_9/2007 vom 15. September 2008 E. 2.4.3.2). Hinzu kommt, dass vorab im Bericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Spitals P.\_\_\_\_ vom 29. April 2008 auf das Bestehen von psychosozialen Belastungen des Beschwerdeführers (Schwierigkeiten in der ehelichen und der familiären Beziehung, zugespitzte finanzielle Situation, gewisse Versicherungsstreitigkeiten [Urk. 11/40/17]) hingewiesen wurde. Sodann stellten auch A.\_\_\_\_ und Y.\_\_\_\_ in ihren Berichten an den Unfallversicherer vom 5. Februar 2008 resp. 21. Juni 2008 fest, dass beim Beschwerdeführer psychosoziale Faktoren den Krankheitsverlauf beeinflussten (Urk. 11/21/35 und Urk. 11/24/6; vgl. Urk. 11/21/16). Psychosozialen Belastungsfaktoren wird aber grundsätzlich die Eignung abgesprochen, dergestaltete psychische Beeinträchtigungen hervorzurufen, dass ihretwegen die Zumutbarkeit der von der versicherten Person geforderten Willensanstrengung, eine Arbeit zu verrichten, dahinfiel (vgl. Erwägung 1.1; BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Im Hinblick darauf sowie aufgrund der weiteren Feststellungen von L.\_\_\_\_ leuchtet ohne Weiteres ein, dass er - nur - eine Verhaltensauffälligkeit nach ICD-10 F54, nicht aber ein psychisches Leiden mit Krankheitswert diagnostiziert hat. Entgegen der im Bericht des BB.\_\_\_\_-Institutes vom 10. Dezember 2010 vertretenen Auffassung (Urk. 3/9 Seite 10) ist sodann mit Blick auf die medizinische Aktenlage durchaus nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, dass er als "andernorts klassifizierte Erkrankung" die HWS-Distorsion angeführt hat (Urk. 11/47/75; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_674/2008 vom 30. April 2009 E. 5.2.2).

3.3.5 M.\_\_\_\_ hielt in seinem neuropsychologischen Fachgutachten vom 17. Juni 2009 im Wesentlichen fest, die beim Beschwerdeführer objektifizierbaren

neuropsychologischen Defizite seien von einer Deutlichkeit (Prozentrang > 1), dass dadurch relevante Einschränkungen im Alltag erwartet werden müssten. Die Testbefunde seien diskrepant zum Umstand, dass der Beschwerdeführer beruflich aktiv sei, dass die Selbstständigkeit im Alltag gegeben sei, dass er zu den Tagesaktualitäten aus den Medien informiert sei, dass die kognitiven Defizite der Familie, nicht aber Freunden und Bekannten auffalle und dass die Erinnerung (anamnestisch zur Zeit vor und nach dem Unfall) differenziert und kohärent ausfalle. Aufgrund der Verhaltensbeobachtung zeige sich ein auffälliger Unterschied zwischen der Anamnese und der neuropsychologischen Testung. Erst ab der Testung beklage er eine auffällige Müdigkeit, erhöhte Ermüdung und deute wiederholt auf Schmerzen im Nackenbereich hin. Zusammen mit dem auffälligen Befund im Symptomvalidierungstest müsste von einer bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenz oder Aggravation ausgegangen werden. Formal entsprechen die Befunde einer mittelschweren neuropsychologischen Störung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 15. Juni 2007 (Differentialdiagnose: Aggravation). Aufgrund der fehlenden Validität könne aus neuropsychologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf sowie für eine Verweisungstätigkeit nicht beurteilt werden (Urk. 11/47/71).

Die Schlussfolgerungen von M. \_\_\_ basieren auf einlässlichen Untersuchungen (Urk. 11/47/67-70) und wurden nachvollziehbar begründet. Sie wurden denn vom Beschwerdeführer an sich auch nicht in Frage gestellt.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seite 6) ist dem Institut T. \_\_\_ nicht vorzuwerfen, dass es seinerseits von der Durchführung einer neuerlichen neuropsychologischen Untersuchung abgesehen hat. Wie dargelegt, fanden sich in den im Institut T. \_\_\_ durchgeführten neurologischen Untersuchungen keine Anhaltspunkte für eine hirnorganische Verletzung (vgl. Erwägung 3.3.3). Im Hinblick darauf sowie angesichts der von M. \_\_\_ gemachten Feststellungen (Inkonsistenzen im Verhalten, auffälliger Befund im Symptomvalidierungstest) musste seitens des Instituts T. \_\_\_ nicht angenommen werden, dass sich die geklagten Beschwerden aufgrund einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung objektivieren lassen würden.

Wie erwähnt, kamen die Gutachter des Instituts T. \_\_\_ im Rahmen des Gesamtgutachtens vom 11. Februar 2010 zum Schluss, dass gesamtmedizinisch sowohl in der bisherigen als auch in allen anderen körperlich leichten Tätigkeiten ohne länger dauernde fixierte Körperstellung eine Arbeitsfähigkeit von 90 % besteht (Urk. 11/47/27), was mit den in den Fachgutachten vorgenommenen Einschätzungen in Einklang steht. Nach dem Gesagten (vgl. Erwägung 3.3.1) ist diese Beurteilung jedenfalls als äusserst grossartig zu betrachten (vgl. Erwägung 3.8).

Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers wurde im Gesamtgutachten des Instituts T. \_\_\_ vom 11. Februar 2010 auf den Unfalltag festgelegt (15. Juni 2007 [Urk. 11/47/27]). Die Gutachter äusserten sich dabei nicht explizit, ob ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit 90 % bereits ab diesem Zeitpunkt gelten soll.

Wie dargelegt, attestierte Y. \_\_\_ dem Beschwerdeführer in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2008 seit dem 18. Juni 2007 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/24/2). Auch Z. \_\_\_ ging in den genannten Berichten vom 17. November 2007 und 5. Februar 2008 von einer 100%igen

Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus (Urk. 11/21/41 und Urk. 11/21/31; vgl. Erwägungen 3.1.1 und 3.1.3). Selbst A. \_\_\_ hielt in seinem Bericht an den Unfallversicherer vom 5. Februar 2008 fest, dass er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zur Durchführung einer stationären Massnahme nicht steigern würde (Urk. 11/21/36). Einer solchen unterzog sich der Beschwerdeführer in der Folge, wie erwähnt, vom 13. Mai bis 24. Juni 2008 in der Klinik U. \_\_\_, wobei ihm dort bei Austritt eine Arbeitsfähigkeitsbescheinigung bis zum 16. Juli 2008 ausgestellt wurde (Urk. 11/28/2). Mit Blick auf die in den besagten Berichten von Y. \_\_\_, Z. \_\_\_ und A. \_\_\_ sowie der Klinik U. \_\_\_ erhobenen - weitgehend unauffälligen - objektiven Befunde erscheint zwar fraglich, ob die durchgehende Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 15. Juni 2007 bis zum 16. Juli 2008 gerechtfertigt war. Die dahingehenden - einhelligen - Einschätzungen der genannten Ärzte lassen sich aber nicht ohne Weiteres widerlegen.

3.6. Es ist deshalb - mit der Beschwerdegegnerin resp. N. \_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom RAD (Urk. 11/48/6) - davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 15. Juni 2007 bis zum 16. Juli 2008 zu 100 % arbeitsunfähig war und seit dem 17. Juli 2008 in der angestammten sowie in einer (anderen) angepassten Tätigkeit zu mindestens (vgl. Erwägungen 3.4 und 3.8) 90 % arbeitsfähig ist.

### **E. 3.7**

3.7.1. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wird diese Beurteilung weder durch den Bericht des Neuropsychologischen Zentrums V. \_\_\_ vom 22. April 2010 (Urk. 11/63/2-16) noch durch das neuropsychiatrische Gutachten des W. \_\_\_-Zentrum vom 8. September 2010 (Urk. 11/80) in Frage gestellt.

3.7.2. Vorwegzunehmen ist, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht entscheidend ist, ob die seitens des Neuropsychologischen Zentrums sowie des W. \_\_\_-Zentrums gemessenen neuropsychologischen Minderleistungen nachvollziehbar und überzeugend durch ein medizinisch-diagnostisch fassbares Leiden mit Krankheitswert erklärbar sind, das mit Blick auf Schweregrad, Dauer und Intensität zugleich als eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Krankheit im gesetzlichen Sinne gelten kann (Urteile des Bundesgerichtes 9F\_9/2007 vom 15. September 2008 E. 4.2.4.3 und 9C\_1063/2008 vom 15. Juni 2009 E. 4.3).

3.7.3. Das neurologische Fachgutachten des Instituts T. \_\_\_ vom 17. Dezember 2009 (Urk. 11/47/50-58) weist nach dem Gesagten kein neurologisches Krankheitssubstrat für die gemessenen neuropsychologischen Defizite aus. Im Bericht des neuropsychologischen Zentrums V. \_\_\_ vom 22. April 2010 wurden die Befunde zwar ätiologisch als leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug rechts-parietaler und links-frontaler Strukturen gedeutet (Urk. 11/63/11). Einen entsprechenden Nachweis vermochte das Neuropsychologische Zentrum V. \_\_\_ aber - ebenfalls - nicht zu leisten. Das W. \_\_\_-Zentrum kam zum Schluss, dass die gemessenen neuropsychologischen Minderleistungen überwiegend wahrscheinlich psychischer (und nicht organischer) Genese sind (Urk. 11/80/19-21), weshalb die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch abgeklärt werden sollte (Urk. 11/80/20).

3.7.4. Wie dargelegt, wurde das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert im psychiatrischen Fachgutachten vom 25. August 2009 (Urk. 11/47/72-76)



adäquaten Umgang mit den geklagten Schmerzen und Beschwerden entgegen stehen können (vgl. Erwägung 1.1), erfüllt sein könnten. Insbesondere ist nach dem Gesagten das Vorliegen eines psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zu verneinen. Auch ein anhaltender sozialer Rückzug in allen Lebensbelangen liegt offensichtlich nicht vor (Urk. 11/47/12). Angesichts des fehlenden ausreichenden organischen Korrelats für die geltend gemachten Schmerzen und Beschwerden ist auch das Kriterium der chronischen Begleiterkrankungen als nicht erfüllt zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_771/2011 vom 6. Dezember 2011 E. 6.3, bezüglich Tinnitus vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_811/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.3). Sodann lassen die Akten nicht auf einen primären Krankheitsgewinn schliessen. Ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung liegt ebenfalls nicht vor, gab doch der Beschwerdeführer selbst gegenüber den Gutachtern des Instituts T. an, der Aufenthalt in der Klinik U. sei für ihn gut verlaufen (Urk. 11/47/11), und es gehe im Moment deutlich aufwärts mit ihm (Urk. 11/47/12). Im Hinblick darauf kann auch nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung die Rede sein. Ausserdem hat der Beschwerdeführer nach dem Gesagten zumindest die Möglichkeiten zur Behandlung der psychischen Problematik bislang nicht voll ausgeschöpft. Da ferner nach dem Gesagten Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten bestehen, ist in Anwendung von BGE 136 V 279 grundsätzlich von der Zumutbarkeit der Schmerzbewältigung auszugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch vor diesem Hintergrund erscheint die seitens des Instituts T. vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit 90% somit äusserst grosszügig (vgl. Erwägung 3.4).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bemass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen aufgrund des Durchschnitts der Einkommen, welches der Beschwerdeführer gemäss den Auszügen aus seinem Individuellen Konto (Urk. 11/38) in den Jahren 2002 bis 2006 bei der SA. AG als Art Director erzielt hat (Urk. 11/83 und Urk. 2). Indessen hat diese Firma dem Beschwerdeführer noch vor dem Unfall vom 15. Juni 2007 und damit noch vor Eintritt des Gesundheitsschadens wegen einer Umstrukturierung der Agentur gekündigt (Urk. 11/27/2). Das bei dieser Firma erzielte Einkommen kann deshalb nicht als Grundlage für die rechnerische Bestimmung des Valideneinkommens dienen. Vielmehr sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen aufgrund der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 1/03 vom 15. April 2003 E. 4.3 und E. 5.1 mit Hinweisen).

4.2 Ä Ä Ä Es kann offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht den Lohn für Männer mit Fachabschluss im unteren Kader von Fr. 9'166.-- gemäss LSE 2008 TA11 (publiziert in BFS Aktuell, LSE 2008, Wichtigste Ergebnisse, Seite 15) herangezogen hat (Urk. 11/83). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich nämlich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichtes I 175/06 vom 19. April 2006 E. 3 mit Hinweis). Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das

Invalideinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

4.3.3 Selbst unter der Annahme einer - lediglich - 90%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie (anderer) angepasster Tätigkeit und unter Vornahme des maximal zulässigen Abzuges vom Tabellenlohn von 25 % würde ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 35 % resultieren (Art. 28 Abs. 2 IVG). Ein über den 31. Oktober 2008 hinausgehender Rentenanspruch des Beschwerdeführers (vgl. Erwägung 2.1) ist deshalb ohne Weiteres zu verneinen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## E. 5

5.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der mit Verfügung vom 29. März 2011 (Urk. 13) gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.2 Mit Verfügung vom 29. März 2011 wurde Rechtsanwalt Luzius Hafen als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 13). Mit Eingabe resp. Honorarnote vom 26. März 2012 machte dieser einen Aufwand von insgesamt 9,9 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 83.15 (Kleinkostenpauschale von 3 %), je zusätzlich Mehrwertsteuer, geltend (Urk. 21/2).

Die geltend gemachten Bemühungen von 9,9 Stunden erscheinen angemessen und führen, ausgehend vom gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- sowie unter Berücksichtigung einer Kleinspesenpauschale von 3 %, zu einer Entschädigung (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) von Fr. 2'202.55 (= Fr. 1'980.-- Honorar, Fr. 59.40 Barauslagen, Fr. 163.15 Mehrwertsteuer).

Rechtsanwalt Luzius Hafen ist deshalb für seine Bemühungen mit Fr. 2'202.55 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

5.3 Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (vgl. Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Luzius Hafen, Zürich 1, wird mit Fr. 2'202.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSV hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Luzius Hafen
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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