



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Juli 2013 (720 12 372 / 165)

Invalidenversicherung

Rückweisung zur weiteren Abklärung bei entsprechenden gleichlautenden Anträgen der Parteien; mögliche Bedeutung älterer Arztberichte für die Bemessung des Valideneinkommens

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1969 geborene A.____ meldete sich am 6. Dezember 2010 unter Hinweis auf ein Burnout, Kraft- und Energielosigkeit sowie Schlafstörungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse sowie nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) dem Versicherten mit Verfügung vom 31. Oktober 2012 für

den Zeitraum vom 1. August 2011 bis 31. Dezember 2011 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine befristete ganze Rente der IV zu. Gleichzeitig lehnte sie einen weiteren Rentenanspruch mit der Begründung ab, dass der Versicherte ab 1. Januar 2012 wieder in einem vollen Pensum erwerbstätig sei und der Invaliditätsgrad ab diesem Datum lediglich noch 8% betrage.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____ mit Eingabe vom 27. November 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beanstandete die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens. In der ergänzenden Beschwerdebegründung vom 4. Februar 2013 beantragte der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen – mindestens jedoch eine volle Rente bis Ende März 2012 und eine Viertelsrente ab April 2012 – zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Februar 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Es lägen keine Belege dafür vor, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung – wie vom Beschwerdeführer behauptet – seit längerem vorliege und einkommens-reduzierende Auswirkungen gehabt habe. Die Berechnung des Valideneinkommens und die Zusprache der befristeten Rente sei korrekt erfolgt.

D. Mit Replik vom 11. April 2013 reichte der Beschwerdeführer inzwischen erhältlich gemachte Arztberichte aus dem Jahre 2002 ein und machte geltend, dass für die von der Beschwerdegegnerin ab Januar 2012 angenommene Verbesserung des Gesundheitszustands keine Belege vorlägen. Ausserdem sei er seit dem 18. März 2013 wiederum zu 50% krank geschrieben. An den gestellten Rechtsbegehren wurde im Rahmen der Replik festgehalten.

E. Mit Duplik vom 18. April 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die "Abschreibung des vorliegenden Verfahrens zufolge Wiedererwägung lite pendente". Aufgrund der vom Beschwerdeführer neu ins Verfahren eingebrachten medizinischen Unterlagen seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Die angefochtene Verfügung sei deshalb gleichentags aufgehoben worden.

F. Mit Verfügung vom 14. Mai 2013 stellte der Instruktionsrichter fest, dass das Beschwerdeverfahren nicht zufolge Wiedererwägung lite pendente abgeschlossen werden könne, und räumte dem Beschwerdeführer vor einem allfälligen (Rückweisungs-) Entscheid des Kantonsgerichts Gelegenheit ein, die erhobene Beschwerde zurückzuziehen.

G. Nachdem der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. Mai 2013 mitteilte, dass er an der Beschwerde festhalte, wurde der Fall am 30. Mai 2013 dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. November 2012 ist somit einzutreten.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

3.1 Der Beschwerdeführer brachte gegen die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2012 in erster Linie vor, dass der dem Valideneinkommen zugrunde gelegte Tabellenlohn zu tief angesetzt worden sei und beantragte die Anwendung des Anforderungsniveaus 1+2. In der Beschwerdebegründung wurde diesbezüglich ausgeführt, dass sich die Erkrankung des Beschwerdeführers bereits früher lohnmindernd ausgewirkt habe und er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in leitender Funktion tätig gewesen wäre. Betreffend das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Invalideneinkommen macht der Beschwerdeführer ferner geltend, dass er auch nach dem 1. Januar 2012 nie eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht habe. Mit Replik vom 11. April 2013 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte aus dem Jahr 2002 ein als Beleg dafür, dass sich die langjährige psychische Erkrankung bereits damals auf das berufliche Leben ausgewirkt habe. Der Beschwerdeführer teilt im Rahmen der Replik ausserdem mit, dass er seit dem 18. März 2013 wiederum zu 50% arbeitsunfähig sei.

3.2 In ihrer Duplik vom 18. April 2013 weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass ihr die mit Replik eingereichten Arztberichte, die bis ins Jahr 2002 zurück datierten, im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht vorgelegen hätten. Es seien aufgrund dieser neu eingereichten Unterlagen weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Sie erachte es unter den Umständen als angezeigt, die Verfügung vom 31. Oktober 2012 mit der beigelegten Verfügung "lite pendente aufzuheben". Es werde die Abschreibung des Verfahrens zufolge Wiedererwägung beantragt.

3.3 Wie bereits in der Verfügung vom 14. Mai 2013 ausgeführt, kann der Versicherungsträger gemäss Art. 53 Abs. 3 ATSG eine Verfügung, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdeinstanz Stellung genommen hat. Hat der Versicherungsträger die Vernehmlassung eingereicht, ist ihm für die Folgezeit die Wiedererwägung untersagt. Einer nach diesem Zeitpunkt erlassenen Verfügung kommt daher lediglich – aber immerhin – der Charakter eines Antrages an das Gericht zu (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 53 Rz. 48 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdegegnerin lite pendente erlassene Wiedererwägungsverfügung ist folglich als Antrag dahingehend zu interpretieren, dass die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2012 aufzuheben und die Angelegenheit zwecks weiterer medizinischer Abklärungen und neuer Entschei-

dung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. Damit schloss sich die Beschwerdegegnerin dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers an, der im Rahmen der Beschwerdebeurteilung vom 4. Februar 2013 ebenfalls eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen beantragte. Es liegen somit gleichlautende Anträge vor. Bei einer derartigen Ausgangslage wird das Gericht den Anträgen der Parteien zwar grundsätzlich folgen. Gleichwohl kommt es aufgrund des im Bereich des Sozialversicherungsrechts herrschenden Untersuchungsgrundsatzes und der Rechtsanwendung von Amtes wegen (vgl. BGE 119 V 347 E. 1) nicht umhin, zu prüfen, ob Gründe vorliegen, die es erforderlich machen, von dem von den Parteien übereinstimmend vorgeschlagenen Vorgehen abzuweichen.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 132 V 99 f. mit weiteren Hinweisen). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle relevanten Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts – soweit ersichtlich – im Wesentlichen auf die Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), namentlich auf die Stellungnahme von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. April 2012. Darin verweist Dr. B.____ auf die in den Akten befindlichen Arztberichte der behandelnden Ärzte sowie auf die Austrittsberichte der Klinik C.____, wo der Beschwerdeführer vom 24. August 2010 bis zum 20. Oktober 2010 hospitalisiert war, und der D.____ Klinik, die den Beschwerdeführer vom 5. Mai 2011 bis zum 10. Juni 2011 stationär behandelte. Beim Beschwerdeführer liege eine bipolare affektive Störung vor, die zwischen dem 16. August 2010 und dem 31. Dezember 2011 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie in allen Verweistätigkeiten geführt habe. Inzwischen sei er medikamentös stabilisiert worden, so dass er seiner beruflichen Tätigkeit wieder nachgehen könne. Ab Januar 2012 liege wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Da der Beschwerdeführer beruflich wieder voll eingegliedert sei, könne auf das angeordnete Gutachten verzichtet werden.

4.4 Die vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte des damals behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, halten ab September 2002 die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mit Auswirkungen auf das berufliche und private Leben fest. Dr. E.____ riet dem Beschwerdeführers in den Berichten mehrmals, von der Arbeit fernzubleiben, da er die erforderliche Leistung nicht erbringen könne. Dieser Ratschlag scheint indessen nicht befolgt worden zu sein. Mit Schreiben vom 22. November 2002 berichtete Dr. E.____, dass der Beschwerdeführer die psychiatrische Behandlung unterbrochen oder gar abgebrochen habe und zurzeit kein therapeutischer Zugang zum Patienten vorhanden sei. Er führte ferner aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer erneuten massiven Dekompensation als sehr gross anzusehen sei und dem Patienten die Krankheitseinsicht fehle.

4.5 Die nunmehr vorliegenden Arztberichte von Dr. E.____ werfen allenfalls ein neues Licht auf die Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers. Fest steht, dass die von Dr. E.____ festgestellte frühere depressive Dekompensation im Jahr 2002 in keinem der bei den Akten liegenden Arztbericht explizit erwähnt wird. Es ist anzunehmen, dass der genaue Krankheitsverlauf den berichtenden Ärzten nicht bekannt gewesen ist. Die frühere Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers könnte indessen für den Entscheid über die IV-Leistungen, die dem Beschwerdeführer zustehen, von massgeblicher Bedeutung sein, liegen durch die Berichte von Dr. E.____ doch Anhaltspunkte dafür vor, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung, namentlich die bipolare affektive Störung, bereits seit Jahren vorliegt und möglicherweise Auswirkungen auf die Lohnentwicklung des Beschwerdeführers hatte. Diese Frage kann jedoch ohne weitere Abklärungen nicht abschliessend beurteilt werden. Die Angelegenheit ist deshalb wie beantragt an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird wohl die bereits vorgesehene Begutachtung durchzuführen haben. Weitere Abklärungen werden eventuell auch die Beantwortung der Frage beeinflussen, inwieweit der Beschwerdeführer ab Januar 2012 zumindest zeitweise wieder voll arbeitsfähig war, bzw. ob das angestrebte 100%-Pensum als Arbeitsversuch gewertet werden muss.

5.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die beschwerdeführende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

5.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der in den Honorarnoten vom 11. April 2013 und 26. Juni 2013 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 17 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen noch als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 173.–. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 4'777.05 (17 Stunden à Fr. 250.– + Auslagen von Fr. 173.– zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

6. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 31. Oktober 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.– wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'777.05 (inkl. Auslagen und 8% MwSt.) zu entrichten.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>